

便秘のお悩み 相談カード

お子さんの現在のお通じの状況や、便秘で困っていることなどをこのカードに記入し、医師に渡して相談してみましょう。

記入日 月 日

● お子さんの年齢 歳

● お子さんの便秘に悩み始めた時期 頃から

● お子さんの排便回数：平均で週に 回

● お子さんの便秘症状の生活への支障度について、あてはまると思う数字に○をつけてください。



● 最近の便の形状について、あてはまると思う欄にチェック✓をつけてください。

直近の排便日を記入 ➡

		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	硬くコロコロしている便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	短くコロコロ便がくっついた便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	表面がひびわれている便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	なめらかなバナナ状の便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	やわらかく半固形状の便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	どろどろした、かゆ状の便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	水のような便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● 以下の便秘症状についてお子さんと一緒に確認し、あてはまるものがあればチェック✓をつけてください。

	症状がない	症状があるが つらくない	症状があり 少しつらい	症状があり とてもつらい
強くいきまないと出ない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便してもスッキリしない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便時に痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排便に時間がかかる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おなかが痛くなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おなかが張る	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
おならの回数が多い、におう	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

● いつごろ症状があらわれましたか？

日・週間・カ月・年 前から

● 症状の頻度はどのくらいですか？

ほぼ毎日 数日間に一度 不定期 ほとんどない

● 以下のうち、あてはまるものにチェック✓をつけてください。

- 朝食を食べないことが多い
- 排便をがまんしがち
- 食事が不規則あるいは偏食
- 夜更かしをしがち(睡眠時間が短い)
- 水分をあまりとらない
- 活発に動き回らない
- 食後ゆっくりトイレに行く時間がない
- 汗をよくかく

● お子さんの食事の状況について記入してください。

例)「間食が多く、ご飯をしっかりと食べない」、「離乳食を始めたばかり」

● そのほか、いつも飲んでおられるお薬や、かかったことのある大きな病気、アレルギーなど、気になることを記入してください。