

慢性便秘症ヒアリングシート

1 発症時期：「いつから便秘ですか？」

_____ 日、 _____ カ月、 _____ 年前から

2 排便頻度：「日頃の平均的な排便回数を教えてください。」

1日に _____ 回 または _____ 日に1回

3 便の性状：「いつもの便の硬さや形を下図を参考に該当する番号で教えてください。」

□ 1



□ 2



□ 3



□ 4



□ 5



□ 6



□ 7



4 自覚症状：「症状を教えてください。」(複数回答可)

- お腹が痛い お腹が張る 便が出にくい 残便感がある
 排便時に肛門付近を押す必要がある 便意がない
 便意があってもトイレに行っても何も出ない
 その他 (_____)

5 症状の頻度：「4で回答した症状のうち、もっとも困っている症状の頻度を教えてください。」

- 毎日 週に2~3回 ときどき その他 (_____)

6 合併疾患：「下記の疾患で当てはまるものはありますか？」(複数回答可)

- 腹部手術歴あり 糖尿病 高血圧 脂質代謝異常症
 パーキンソン病 精神疾患 腎臓疾患 肝臓疾患
 がん その他

7 常用薬：「普段服用している下記の薬で当てはまるものはありますか？」(複数回答可)

- 向精神薬 抗ヒスタミン薬 オピオイド 利尿薬
 OTC含む便秘薬 (_____)
 その他 (_____)

8 生活状況：「下記の生活状況について当てはまるものはありますか？」(複数回答可)

- 良好な食事が摂れていない 睡眠時間が十分ではない
 ストレスが多い 運動不足である
 その他 (_____)

9 「その他何かあればお聞かせください。」