

こども便秘外来問診票

Ver1.0

お子さんの名前 ()

* 以下の選択枝の当てはまるところを で囲んで下さい

複数を選択しても良いです

* 関係がないと思う設問はとばして下さい



Q1. どのような便秘ですか？

1. 長い間便が出ないことがある
 - a. 3~4日
 - b. 1週間前後
 - c. 2週間前後
 - d. それ以外 ()
2. 水便だけ出て (漏れて) 硬い便が出てこない
3. コロコロ便だがいつもパンツに付いている
4. それ以外 ()

Q2. 便秘以外に以下のような症状に気が付いたことがありますか？

1. ゲップが多い
2. 口臭が臭い
3. お腹が張っていてスカートやズボンのウエストが食い込む
4. “おなら”が他の家族より臭い、夜間寝ているときに“おなら”が多い
5. お腹は大きいのに、腕や足が痩せていて、胸も薄い
6. 食欲が減り、体重も減っている
7. その他 ()

Q3. 便秘のきっかけとして以下のようなことが思い当たりますか？

1. 脱水 (水分を余りとらない)
2. 熱を出すと便秘がひどくなる
3. 下痢風邪のあとに便秘がひどくなる
4. トイレにゆっくり入る時間がない
5. 学校でトイレに行くのがイヤダ ()
6. 友達にいじめられる
7. 家庭の環境に変化があった ()
8. 父・母・兄弟も便秘である ()
9. 偏食がある ()
10. トイレが寒い、遠いなど ()
11. その他 ()

Q4. 今まで便秘に対しどのような治療を行いましたか？

1. 小児科を受診した
 - ・内服薬 ()
 - ・浣腸 ()
 - ・それ以外 ()
2. 市販の薬、浣腸を使ってみた ()
3. キャラメル浣腸を使ったことがある
4. 綿棒による肛門刺激をした事がある
5. 食事に気をつけている ()
6. 排便習慣に気をつけている ()
7. その他 ()

Q5. 便秘以外に以下のような病気に、心当たりはございますか？

1. 自閉症 2. 甲状腺機能低下症 3. 鎖肛 4. 脳性まひ
5. 染色体異常 6. 過敏性腸症候群 7. 腸閉塞 8. 胃腸の手術
9. イボ痔、切れ痔 10. 腸ポリープ 11. 胃食道逆流症
12. その他 ()

その他何か気になることがございましたらご記入下さい

どうもありがとうございました