

来院日	年 月 日
お名前（漢字）	
お名前（フリガナ）	
生年月日	年 月 日
性別	

・当院に受診したことがある方

診察券番号	
-------	--

・当院に受診したことがない方

郵便番号	-
住所	
電話番号	- -
来院動機	ホームページ 通りがかり 家族・知人紹介 クリニック紹介 その他（ ）

【便秘で初めて受診する方】

診察時に、年齢に応じて生活や食事の様子、排便習慣やトイレトレーニングの進み具合なども伺います。

問診票に記入した方とお子さんとの関係（ ）

A お子さんの現在のうんちのことを伺います。

1 うんちは何日に1回出ますか？

- ①毎日 ②2～3日に1回 ③4日以上に1回

2 うんちの固さはどの位ですか？

- ①コロコロ便 ②ゴツゴツ便 ③硬めのバナナ便 ④柔らかめのバナナ便
⑤軟便 ⑥泥状便 ⑦水様便

3 うんちの量はどの位ですか？

- ①両手盛り以上 ②片手盛り～両手盛り ③片手盛り以下

4 お子さんに当てはまる症状に○を付けて下さい（複数回答可）。

- ①うんちがなかなか出ない（トイレにいる時間が長いなど）
②うんちを漏らす（パンツに付くなど）
③うんちを我慢する（足を交差するなど）
④うんちをする時にお尻が痛い

- ⑤うんちの表面やトイレットペーパーに血が付く
- ⑥うんちでトイレが詰まる
- ⑦時々下痢になる
- ⑧食後にお腹が痛くなる
- ⑨気持ちが悪くなる
- ⑩ゲップがよく出る
- 11 胸焼けがする
- 12 食欲や食事量が低下している
- 13 おねしょやお漏らしがある

B お子さんの今までのうんちのことを伺います。

1 いつ頃から便秘があったと考えていますか？

()

2 便秘のきっかけとして考えられることはありますか？

()

3 生まれた後に赤ちゃんのうんちがなかなか出ないと言われましたか？

①はい ②いいえ

4 病院や自宅で浣腸をされたことはありますか？

①よくある ②時々ある ③ない

5 今までに便秘に対して受けた治療はありますか？

①はい () ②いいえ

6 ご家族で便秘を指摘された方はいますか？

①はい () ②いいえ

C うんち以外の、お子さんの今までのことを伺います。

1 生まれた時に新生児集中治療室 (NICU) で治療を受けましたか？

①はい () ②いいえ

2 成長や発達の遅れを指摘されたことはありますか？

①はい ②いいえ

3 病気で入院・通院したことがある、あるいは現在通院していますか？

①はい () ②いいえ

4 内服中のお薬はありますか？

①はい () ②いいえ

5 食事やお薬のアレルギーはありますか？

①はい () ②いいえ

6 同居されているご家族をご記載下さい。(例:祖父母・父母・姉)

()

7 通園通学先 (療育・放課後等デイサービスを含む) があればご記載下さい。

()

ご記入頂き有難うございました。