

腸活・便通外来問診票

記入日： 年 月 日

氏名： _____

身長： _____ cm

体重： _____ kg

以下の質問についてご記入いただき、診察時に医師にお渡しください。

来院した目的について

1. 本日はどのようなお悩みで来院されましたか？

 便秘 下痢 腸活 その他 (_____)

2. 当院では腸内細菌を調べる検査を実施しております。ご興味はありますか？

 なし あり (診察時に検査についてご説明をいたします。)

これまでの病気や治療について

1. 現在治療中または過去にかかった病気、手術歴等がありますか？

 なし あり (_____)

2. 現在服用 (使用) しているお薬やサプリメントなどがありますか？

 なし あり (_____) ※お薬手帳をお持ちの方は診察の際にご提示ください。

3. 便通症状を改善する目的で、医療機関へ相談したことや治療を受けたことはありますか？

 なし あり (医療機関名： _____)

便通症状について

1. どれくらい前から症状にお困りですか？ (_____) から ※半年以上前に始まり3ヶ月以上継続している場合は慢性便秘症

2. 以下の図の中で、普段の便の硬さや形に近いものに をつけてください。(複数可)

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
						
コロコロ	カチカチ	ブリブリ	スルスル	フワフワ	ドロドロ	ビチビチ

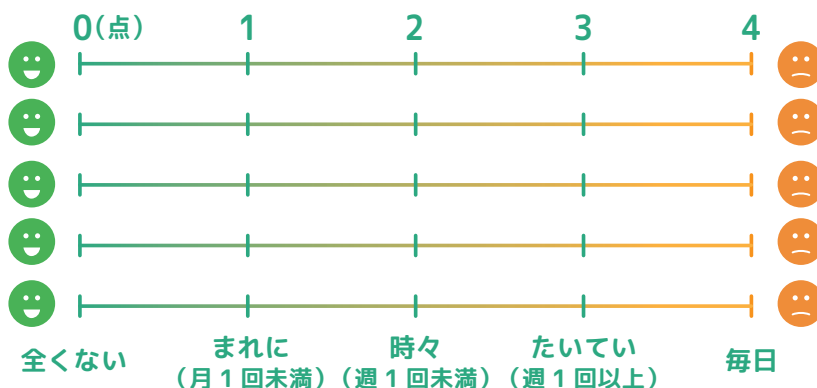
3. 以下の症状で当てはまるものがあれば をつけてください。

- 便に異常がある（血便・下痢が続くなど）
- お腹に異常がある（かたまりがある、水がたまるなど）
- 体重が急激に減少・増加した（3ヶ月で10%以上の変化）
- 貧血や黄疸の症状がある（息切れ・立ちくらみ・尿の黄染）
- 50歳を過ぎてから便秘になった（便器に便が浮かなくなったなど）
- 大腸の病気（ポリープなど）をしたことがある（便潜血反応、大腸カメラ、腹部CTの経験）
- 家族に大腸の病気をした人がいる

● 症状の点数化 過去1ヶ月を振り返り、0から4までの5段階で評価してください。

1. 便通症状が及ぼすあなたの生活への影響（QOL）について、当てはまる箇所に○をつけてください。

- ① ストレス（不安やイライラ）を感じる
- ② 全体的に身体の調子が悪いと感じる
- ③ 食欲や食事内容に影響がある
- ④ 外出や生活リズムに影響がある
- ⑤ 自分の排便回数について不満がある



QOL: 合計 () / 20 点

何か相談したいこと、気になっていることがありましたらご記入ください。

ご回答ありがとうございました。