

便秘症問診表（初診・再診）\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

名前 \_\_\_\_\_

①過去1ヶ月の排便で、一番当てはまるものにひとつ□してください。

a. 便の平均回数を教えてください。

- |                                  |                                  |                               |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 週に3回以上  | <input type="checkbox"/> 週に2回    | <input type="checkbox"/> 週に1回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1回もない | <input type="checkbox"/> 月に1回もない |                               |

b. 排便時に苦痛がある頻度を教えてください。

- |                                 |                                  |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし     | <input type="checkbox"/> 月に1回もない | <input type="checkbox"/> 月に1回～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1～6回 | <input type="checkbox"/> 毎日      |                                  |

c. 残便感がある頻度を教えてください。

- |                                 |                                  |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし     | <input type="checkbox"/> 月に1回もない | <input type="checkbox"/> 月に1回～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1～6回 | <input type="checkbox"/> 每日      |                                  |

d. 腹痛がある頻度を教えてください。

- |                                 |                                  |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし     | <input type="checkbox"/> 月に1回もない | <input type="checkbox"/> 月に1回～4回 |
| <input type="checkbox"/> 週に1～6回 | <input type="checkbox"/> 每日      |                                  |

e. 排便にかかる時間を教えてください。

- |                               |                               |                                 |                                 |                                |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5分未満 | <input type="checkbox"/> 5～9分 | <input type="checkbox"/> 10～19分 | <input type="checkbox"/> 20～29分 | <input type="checkbox"/> 30分以上 |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

f. 下剤や浣腸など排便の補助について。

- |                               |                                  |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 必要なし | <input type="checkbox"/> 刺激性下剤服用 | <input type="checkbox"/> 浣腸使用や摘便 |
|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

g. トイレに行っても便がでない回数

- |                             |                                 |                                 |                                 |                                  |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 1日1～3回 | <input type="checkbox"/> 1日4～6回 | <input type="checkbox"/> 1日7～9回 | <input type="checkbox"/> 1日10回以上 |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|

h. 便秘で悩んでいる期間

- |                             |                               |                                |                                 |                                |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0年 | <input type="checkbox"/> 1～5年 | <input type="checkbox"/> 6～10年 | <input type="checkbox"/> 11～20年 | <input type="checkbox"/> 21年以上 |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

②便秘による症状の質問です。過去2週間で一番当てはまるものにひとつ□してください。

1. 便秘でお腹が破裂するような張りがありましたか？

- |   |                                    |                                |                                  |
|---|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> / 症状はあったが便秘とは関係がない | <input type="checkbox"/> なかつた      | <input type="checkbox"/> 少しあつた | <input type="checkbox"/> まあまああつた |
| <input type="checkbox"/> 3かなりあつた            | <input type="checkbox"/> 4ものすごくあつた |                                |                                  |

2. 便秘でお腹が重い感じがどの程度ありましたか？

- |   |                                    |                                |                                  |
|---|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> / 症状はあったが便秘とは関係がない | <input type="checkbox"/> なかつた      | <input type="checkbox"/> 少しあつた | <input type="checkbox"/> まあまああつた |
| <input type="checkbox"/> 3かなりあつた            | <input type="checkbox"/> 4ものすごくあつた |                                |                                  |

3. 便秘でからだが全体的に調子が悪かったことがどのくらいありましたか？

- |   |                                    |                                |                                  |
|---|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> / 症状はあったが便秘とは関係がない | <input type="checkbox"/> なかつた      | <input type="checkbox"/> 少しあつた | <input type="checkbox"/> まあまああつた |
| <input type="checkbox"/> 3かなりあつた            | <input type="checkbox"/> 4ものすごくあつた |                                |                                  |

4. 便秘で便を出したいと思うが上手いでないことがどのくらいありましたか？

- |   |                                    |                                |                                  |
|---|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> / 症状はあったが便秘とは関係がない | <input type="checkbox"/> なかつた      | <input type="checkbox"/> 少しあつた | <input type="checkbox"/> まあまああつた |
| <input type="checkbox"/> 3かなりあつた            | <input type="checkbox"/> 4ものすごくあつた |                                |                                  |

5. 便秘のため他の人と一緒にいるのが恥ずかしい

- |   |                                    |                                |                                  |
|---|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> / 症状はあったが便秘とは関係がない | <input type="checkbox"/> なかつた      | <input type="checkbox"/> 少しあつた | <input type="checkbox"/> まあまああつた |
| <input type="checkbox"/> 3かなりあつた            | <input type="checkbox"/> 4ものすごくあつた |                                |                                  |

6. 便秘のため少ししか食べない。

- |   |                                    |                                |                                  |
|---|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> / 症状はあったが便秘とは関係がない | <input type="checkbox"/> なかつた      | <input type="checkbox"/> 少しあつた | <input type="checkbox"/> まあまああつた |
| <input type="checkbox"/> 3かなりあつた            | <input type="checkbox"/> 4ものすごくあつた |                                |                                  |

7. 便秘のため食事内容に注意する必要があった。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

8. 便秘のため食欲が減った。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

9. 便秘のため食事内容をえらべないか心配した（例えば友人宅や外出先で）。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

10. 便秘のため外出中にトイレに長時間こもるのが恥ずかしかった。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

11. 便秘のため外出中トイレに頻回に行くのが恥ずかしかった。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

12. 便秘のため日頃の予定（通勤、通学、外出など）を変更しなければならないのではないかと心配した。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

13. 便秘のためイライラした

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

14. 便秘のため動転、混乱、うろたえた。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

15. 便秘という状態が気になって仕方がなかった。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

16. 便秘という状態のためストレスを感じた。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

17. 便秘という状態のため自信がなくなった。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

18. 便秘という状態のため自分のコントロールができていない感じがした。

症状はあったが便秘とは関係がない  
 0 なかった       1 少しあつ       2 まあまああつ  
 3 かなりあつ       4 ものすごくあつた

19. 便秘のためいつ便をだせるのかわからないというのが心配だった。

- <sub>0</sub> 症状はあったが便秘とは関係がない  
 <sub>0</sub> なかった       <sub>1</sub> 少しあった       <sub>2</sub> まあまああった  
 <sub>3</sub> かなりあった       <sub>4</sub> ものすごくあった

20. 便秘のため便を出せないということが心配だった。

- <sub>0</sub> 症状はあったが便秘とは関係がない  
 <sub>0</sub> なかった       <sub>1</sub> 少しあった       <sub>2</sub> まあまああった  
 <sub>3</sub> かなりあった       <sub>4</sub> ものすごくあった

21. 便秘のため便を出せないことにますます悩まされるようになった。

- <sub>0</sub> 症状はあったが便秘とは関係がない  
 <sub>0</sub> なかった       <sub>1</sub> 少しあった       <sub>2</sub> まあまああった  
 <sub>3</sub> かなりあった       <sub>4</sub> ものすごくあった

22. 便秘のため現在の状態が将来悪くなるのではないかと心配した。

- <sub>0</sub> 症状はあったが便秘とは関係がない  
 <sub>0</sub> なかった       <sub>1</sub> 少しあった       <sub>2</sub> まあまああった  
 <sub>3</sub> かなりあった       <sub>4</sub> ものすごくあった

23. 便秘のため自分の体がきちんと働いていないのではないかと感じた。

- <sub>0</sub> 症状はあったが便秘とは関係がない  
 <sub>0</sub> なかった       <sub>1</sub> 少しあった       <sub>2</sub> まあまああった  
 <sub>3</sub> かなりあった       <sub>4</sub> ものすごくあった

24. 便秘のため自分が望むより排便回数が少なかった。

- <sub>0</sub> 症状はあったが便秘とは関係がない  
 <sub>0</sub> なかった       <sub>1</sub> 少しあった       <sub>2</sub> まあまああった  
 <sub>3</sub> かなりあった       <sub>4</sub> ものすごくあった

25. 便秘のため排便回数に関して満足した。

- <sub>0</sub> 満足だった       <sub>1</sub> 少し満足だった       <sub>2</sub> まあまあだった  
 <sub>3</sub> あまり満足できなかった       <sub>4</sub> 満足できなかった

26. 便秘のため規則正しく排便があることに満足した。

- <sub>0</sub> 満足だった       <sub>1</sub> 少し満足だった       <sub>2</sub> まあまあだった  
 <sub>3</sub> あまり満足できなかった       <sub>4</sub> 満足できなかった

27. 便秘のため口から食べたものが肛門から出るまでの時間に満足した。

- <sub>0</sub> 満足だった       <sub>1</sub> 少し満足だった       <sub>2</sub> まあまあだった  
 <sub>3</sub> あまり満足できなかった       <sub>4</sub> 満足できなかった

28. 便秘のため現在受けている治療に満足した。

- <sub>0</sub> 満足だった       <sub>1</sub> 少し満足だった       <sub>2</sub> まあまあだった  
 <sub>3</sub> あまり満足できなかった       <sub>4</sub> 満足できなかった

質問は以上です。  
ありがとうございました。

CSS	_____点
JPAC-QOL	
合計(1~28) :	_____点
身体的不快感 (1~4)	_____点
精神的不快感 (5~12)	_____点
心配・関心 (13~23)	_____点
満足度 (24~28)	_____点