

ID: _____
記入日 _____

こども便秘外来問診票

お子さんの名前() 年齢()

*以下の選択肢の当てはまるところを○で囲んでください。複数を選択してもかまいません

Q1.どのような便秘ですか？

1. 長い間便がでないことがある
(3~4日, 1週間, 2週間, その他_____)
2. 水便だけ出て(漏れて)硬い便が出てこない
3. コロコロ便で, いつもパンツに付いている
4. それ以外()

Q2.便秘に気づいた時期はいつですか？

1. 生まれてすぐ~離乳食開始前
2. 離乳食開始後から
3. ()才ころから

Q3.生まれた時のことを教えてください.

出生体重()g

在胎()週

もしくは(予定日の前後1週間以内, 予定日より早かった, 予定日より遅かった)
生まれてから24時間以内に排便が(あった, なかった, わからない)

Q4.今までの便秘に対してどのような対処をしましたか？

1. 小児科を受診した
内服薬()
浣腸()
その他()
2. 市販の薬、浣腸を使ってみた()
3. 綿棒による肛門刺激
4. 食事に気をつけている()
5. 排便習慣に気をつけている()
6. その他()

Q5.そのほか、医師に伝えたいことがありましたら、ご記入ください.

どうもありがとうございました
インターパーク小児科眼科