小児外科問診票（Ⅱ．便秘）

記入日：　　　　年　　　　月　　　　日

記載者：本人 ・ 父 ・ 母 ・ その他（　 　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳　　 ｶ月） |
| 患者氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 身長 | cm | 体重 | Kg |

**１．下記の表、項目にご記入または、〇をつけて下さい。**

　　母子手帳や育児日誌等を見ながら、分かる範囲でご記入下さい。

　　　　　　　※吐乳とは、飲んだ母乳・ミルクを吐くこと。口から少量たれる程度(溢乳）は含みません

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ミルク／食事** | **哺乳力／食欲** | **吐乳※／おう吐** | **便／性状／量** |
| **新生児期** | 母乳／ミルク | 良好／普通／不良 | 無／時々／毎回 | （　　　）日に(　　　)回  軟便／硬便／その他  （　　　　　　　　　）  多量／中量／少量 |
| **２ヶ月～**  **４ヶ月** | 母乳／ミルク | 良好／普通／不良 | 無／時々／毎回 | （　　　）日に(　　　)回  軟便／硬便／その他  （　　　　　　　　　）  多量／中量／少量 |
| **５ヶ月～**  **１２ヶ月** | 母乳／ミルク／  フォローアップミルク  離乳食開始時期  １回食（　　）ｶ月  ２回食（　　）ｶ月  ３回食（　　）ｶ月 | 良好／普通／不良  良好／普通／不良 | 無／時々／毎回 | （　　　）日に(　　　)回  軟便／普通便／硬便／  その他（　　　　　　　）  多量／中量／少量 |
| **1歳～**  **1歳６ヶ月** | 母乳／ミルク／  フォローアップミルク  普通食開始時期  （　　）歳（　　）ｶ月 | 良好／普通／不良 | 日に    　　　週に  　　　月に  （　　　)回 | （　　　）日に(　　　)回  軟便／普通便／硬便  その他（　　　　　　　）  多量／中量／少量 |
| **1歳７ヶ月～２歳** | 母乳／ミルク／  フォローアップミルク／普通食 | 良好／普通／不良 | 日に    　　　週に  　　　月に  （　　　)回 | （　　　）日に(　　　)回  軟便／普通便／硬便  その他（　　　　　　　）  多量／中量／少量 |
| **２歳**  **～３歳** | 母乳／ミルク／  フォローアップミルク／普通食 | 良好／普通／不良 | 日に    　　　週に  　　　月に  （　　　)回 | （　　　）日に(　　　)回  軟便／普通便／硬便  その他（　　　　　　　）  多量／中量／少量 |
| **３歳以降** | 母乳／ミルク／  フォローアップミルク／普通食 | 良好／普通／不良 | 日に    　　　週に  　　　月に  （　　　)回 | （　　　）日に(　　　)回  軟便／普通便／硬便  その他（　　　　　　　）  多量／中量／少量 |

**２．妊娠経過、出生時について**

在胎週数（　　　）週（　　　）日

　分娩方法（普通 ／ 吸引 ／ 鉗子 ／ 帝王切開 ／ その他　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　）

出生時の異常（無 ／ 有　　仮死 ／ 黄疸 ／ その他　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 ）

出生時体重（　　　　　）g　　出生時身長（　　　　　）cm

妊娠中の異常（ 無 ／ 有　妊娠糖尿病 ／ 妊娠高血圧症候群 ／ 切迫流産・早産 ／ その他　　　　 　）

胎便（海苔の佃煮のような、黒色～緑色の便）はみられましたか（ 無 ／ 有 ／ 不明 ）

いつ頃出ましたか　出生から（12時間以内 ／ 12～24時間 ／ 24～48時間 ／ 48時間以上 ／ 不明 ）

**３．現在の栄養について**

食事時間は規則的ですか（はい／いいえ）

朝食（　　）時　　おやつ（　　）時　　昼食（　　）時　　おやつ（　　）時　　夕食（　　）時

食欲はありますか（大食い／普通／小食／なし）

偏食はありますか（無 ／ 有）

好きな食べ物（　　　　　　　　）　嫌いな食べ物（　　　　　　　　）おやつ（　　　　　　　　）

体重増加は（良好／普通／不良）

**４．現在の排泄について**

　　排便の時間帯は何時頃ですか（　　　　時頃　　いつも同じ時間帯 ／ 時間帯は決まっていない）

　　排便場所（オムツ内 ／ おまる ／ トイレ）

トイレトレーニング（未 ／ 時期：　　歳　　ｶ月～　　歳　　ｶ月）

　　いつ頃から便が出にくいと感じましたか(　　歳　　　ｶ月頃から）

　　便が出にくいことを、初めて医師等に相談したのはいつですか（今回が最初 ／　　　歳　　　ｶ月頃）

　　排便の為に今まで使用した薬はありますか（グリセリン浣腸 ／ ラキソベロン液 ／ その他　　　　　　）

　　　　それは処方されたものですか(処方 ／ 市販）

排便時に出血はありますか（無 ／ 有　 　 量： 少量 ／ 多量　 　色： 鮮血 ／ 暗赤色 ／ 黒色）

　　排便時に痛がる様子がありますか（無 ／ 有　 部位：腹部 ／ 肛門 ／ その他　　　 痛み：弱 ／ 強）

排便時以外に腹痛はありますか（無 ／ 有 　時間帯：　　時頃　　痛がるきっかけ：　　　　　　　　　　）

排便を怖がる様子がありますか（無 ／ 有　その時の様子　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**５．運動の習慣はありますか** （無 ／ 有　具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**６．現在、治療している病気はありますか**(無 ／ 有　　時期：　　歳　　ｶ月～ 　病名：　　 　　　）

**７．現在、使用している薬はありますか**（無 ／ 有　　薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**８．今までにかかった病気はありますか**（無 ／ 有　　時期：　　歳　　ｶ月　　病名：　　　　　　　　　　　　）

**９．今までに手術を受けたことはありますか**（無 ／ 有　　時期：　　歳　　ｶ月　　　病名：　　　　　　　　　）

**10．アレルギーはありますか**（無 ／ 有　　食べ物：　　　　　　　薬：　　　　　　その他：　　　　　　　　　）

11．当院をどのようにお知りになりましたか（他院からの紹介 ／ ホームページ ／ 看板 ／ その他 　　　　　）

12．ご記入ありがとうございました。その他、ご不安な点やご相談がありましたら、ご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |