

便秘のお悩み 相談カード

お子さんの現在のお通じの状況や、便秘で困っていることなどを
このカードに記入し、医師に渡して相談してみましょう。

記入日 月 日

● お子さんの年齢 歳

● お子さんの便秘に悩み始めた時期 頃から

● お子さんの排便回数：平均で週に 回

● お子さんの便秘症状の生活への支障度について、
あてはまると思う数字に○をつけてください。



まったく支障がない

1 2 3 4 5 6



とても支障がある

● 最近の便の形状について、あてはまると思う欄に
チェック✓をつけてください。

直近の排便日を記入 ➡

	硬くコロコロしている便		
	短くコロコロ便がくっついた便		
	表面がひびわれている便		
	なめらかなバナナ状の便		
	やわらかく半固形状の便		
	どろどろした、かゆ状の便		
	水のような便		

裏面にも記入欄があります。

便秘のお悩み 相談カード

● 以下の便秘症状についてお子さんと一緒に確認し、
あてはまるものがあればチェック✓をつけてください。

	症状が ない	症状があるが つらくない	症状があり 少しつらい	症状があり とてもつらい
強いいきまないと出ない				
排便してもスッキリしない				
排便時に痛みがある				
排便に時間がかかる				
おなかが痛くなる				
おなかが張る				
おならの回数が多い、におう				

● いつごろ症状があらわれましたか？

日・週間・ヵ月・年 前から

● 症状の頻度はどのくらいですか？

☐ ほぼ毎日 ☐ 数日間に一度 ☐ 不定期 ☐ ほとんどない

● 以下のうち、あてはまるものにチェック✓をつけてください。

- | | |
|--|--|
| ☐ 朝食を食べないことが多い | ☐ 排便をがまんしがち |
| ☐ 食事が不規則あるいは偏食 | ☐ 夜更かしをしがち(睡眠時間が短い) |
| ☐ 水分をあまりとらない | ☐ 活発に動き回らない |
| ☐ 食後ゆっくりトイレに行く時間がない | ☐ 汗をよくかく |

● お子さんの食事の状況について記入してください。

例)「間食が多く、ご飯をしっかりと食べない」、「離乳食を始めたばかり」

● そのほか、いつも飲んでいるお薬や、かかったことのある大きな病気、
アレルギーなど、気になることを記入してください。