

ID ()

問診票	記入日 年 月 日
-----	--------------------------------------

治療上大切な情報となりますので、お手数ですがお書きください(どうしても書きたくない箇所は結構です)

ふりがな			男 ・ 女	
お名前	様			
生年月日	西暦（ ） 大正・昭和・平成（ ）年 月 日		年 齢	
ご住所	〒（ ）			
電話番号			携帯電話番号	
F A X 番号			E メールアドレス	
ご職業	自営・勤務・学生・主婦・アルバイト・無職・経営（○をお付けください）			
	職 種	事務・営業・製造・技術・販売・飲食・医療・美容・建設 不動産・金融・官庁・教職・その他（ ）		
家族構成等	現在同居されているご家族（ ）人 （詳細）配偶者・子供・実父・実母・義父・義母・兄弟姉妹 嫁・婿・孫・実祖父母・義祖父母・その他（ ）			
	結婚・未婚・離婚・死別・再婚・（結婚 昭和・平成 年 月）			
血液型	A B O AB Rh（ + - ）			

当院をお知りになったきっかけ（複数回答可）

- ①ご紹介（ ご家族様 ご友人 様 ）
②雑誌、書籍 （媒体名 ）
③ホームページ（yahoo google その他）
④その他（

治療にご希望はありますか 該当項目にチェックをしてください

- ☐ なるべく低額な費用で治療をしてほしい または 毎月の予算がある
- ☐ なるべく短い期間で治療を終えたい
- ☐ 治療にあたって、より良い治療法ですすめてほしい
- ☐ 将来的な健康を考えた最良の治療を希望する

- (1) 今日おかかりになった理由に、○をつけてください。(複数回答可)

病気を治したい・体調が悪い・病気やケガの予防・痩せたい・若返りたい・美しくなりたい
上記の内容をなるべく具体的に教えてください。

- (2) この症状・病名はいつ頃からですか？ 年前から 才頃から

この症状・病名の治療状況を教えてください。

現在治療している (はい・いいえ)

過去治療していた (はい・いいえ)

治療内容について、具体的に教えてください。（どのような薬を使いましたか その効果はどうでしたか）

治療期間 年 月 ~ 年 月

治療期間 年 月 ~ 年 月

- (3) この症状の他に、現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

病名、治療内容、お薬の量そして受診時の年齢などを、具体的にお書きください。

- (4) その他に、過去におかかりになった病気やケガはありますか？ (はい・いいえ)

病名、治療内容、お薬の量そして受診時の年齢などを、具体的にお書きください。

- (5) これまでに手術を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

ある方は 才頃 手術名
 才頃 手術名

- (6) これまで輸血を受けたことはありますか？ (はい・いいえ) () 才頃

- (7) これまでご記入いただいたお薬以外で、現在使用しているお薬（睡眠薬、安定剤、便秘薬などを含む）やサプリメントなどがありましたら、お書きください。

- (8) 現在の身長 () c m 体重 () k g ⇒ 希望の体重がある方は () k g

- (9) よく眠れますか？（はい・普通・睡眠不足・眠りが浅い・不眠）

平均睡眠時間 () 時間 () 時就寢 ~ () 時起床

- (10) ご家族の病歴について、教えてください。

父	兄弟	父祖父	父祖母
母	姊妹	母祖父	母祖母

(11) 普段の食生活について教えてください。

3食は、規則正しく摂れていますか？ (はい・たまに不規則・不規則)

不規則な理由：

あなたの食べる食事は誰が作っていますか

(自分・配偶者・母親・祖母・父親・その他())

食欲はありますか？(ある・ない)

間食(おやつ)が(多い・時々・ほとんどなし)

嫌いな食べ物がある(ある・ない)

ある場合は()

宗教上または主義上で食べてはいけないものがある(はい・いいえ)

ある場合は()

(12) お通じについて、教えてください。この1ヶ月間に出た物に○、最も多い物に◎をして下さい。

便秘・下痢・便秘と下痢を繰り返す・どちらもなく快調である

便通の頻度は、いかがでしょうか？(毎日排便あり:回数 回)・(週 回)・(1週間以上なし)

便の状態は？別紙のBristol Stool Form Scaleを参考にお答えください(複数回答可)

①コロコロ便 ②ソーセージ状の硬い便 ③表面にひび割れのあるソーセージ状の便 ④表面はなめらかでバナナまたは蛇のどぐろを巻く便 ⑤水分が多くやや柔らかい便(容易に排便できる便) ⑥泥状便(カニミソ状) ⑦水様便

便の色は？(黄茶色・茶色・赤茶色・こげ茶色・黒褐色)

便の量は？(1日量) (多い・ふつう(=約200g)・少ない・ごく少ない)

お腹が張りますか？(はい・いいえ)

おならがたくさん出ますか？(はい・いいえ)

便やおならが臭いと言われたり、感じることはありませんか？

(臭いがきつい・ふつう・ほとんど無臭)

(13) 歯の根(神経)の治療をしたことがありますか？

(今ある・過去にあった・ない・わからない)

(14) 歯に金属の詰め物をしたことがありますか？

(今ある・過去にあった・ない・わからない)

クリニック使用欄

硬口蓋骨突出 歯槽骨隆起

歯肉炎

歯科金属

う蝕

爪甲白斑

(15) 薬物アレルギー反応や食物アレルギー反応で、体の不調などが出たことはありますか？(はい・いいえ)

(原因薬)

(症状)

(16) 採血直前の時期の症状についてお答えください。

採血日から過去1か月以内に下記の症状がありましたら、○をしてください。)

風邪 発熱(度) 下痢 痛み なんらかの炎症 その他()

皮膚の腫れ(もしくは皮膚のトラブル) 手術 ケガ)

分かれば具体的な病名(

その症状があった時期は、採血日より()日前から、()日間続いた。

特に何もなかった

(17) (女性の方のみ) 妊娠・月経について、お答えください。

(有経・閉経 才)

採血日は、生理中：月経初日から数えて(日目)であった

または 最終月経は()年()月()日から()日間であった

初潮()才 月経周期(順・不順) ()日周期

生理痛は薬を飲むほど痛い(ある・ない) 出血の量は(多い・普通・少ない)

今までの妊娠()回 今までの出産()回

症状 (0 : なし 1 : 時々 2 : ひどい 3 : 非常にひどい) ○印の問診は、あてはまる症状に○を付けてください (複数回答可)		/ / 年 月 日	/ / 年 月 日	/ / 年 月 日
①	立ちくらみ・めまい (非回転性めまい) がする	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2	耳鳴りがする	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3	疲れやすい	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4	顔色が悪い	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5	風邪にかかりやすい	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6	歯ぐきの出血	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7	体にアザ (内出血) がよくできる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
⑧	頭痛、頭重になりやすい (片頭痛)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9	のどの不快感	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
⑩	心機能障害がある・不整脈・動悸 (心悸亢進)・ 息切れ・心電図異常	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
11	寒さに敏感	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
12	食欲不振	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
13	むくみがある	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
14	しっしんが、しやすい	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
⑮	肩こり・腰痛・背部痛・関節痛・関節のはれ・筋肉痛	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
⑯	便秘や下痢をしやすい	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
⑰	吐き気・嘔吐・腹痛がある	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
⑱	胸が痛む (胸痛)・動悸がする	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
⑲	体を動かすと、動悸や息切れがする (呼吸困難・安静時呼吸困難)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
20	まぶたのうらが白い	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
⑳	皮膚が青白い、または黄色っぽい	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉒	つまらない事にくよくよする・憂鬱になることが多い	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉓	くしゃみ・鼻水・鼻づまり・よく目がかゆくなる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
24	後鼻漏がある (鼻汁がのどに流れていく)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉕	口腔内病変がある (口角炎・口唇炎・舌のしびれ・赤味)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
26	微熱がある (発熱)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉗	頻脈 (脈が速い)・心収縮期雑音	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉘	味覚や臭覚がおかしい・または鈍感だ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉙	よく汗をかく・顔が熱くなる (ほてる)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉚	手足がしびれる・手足の感覚が鈍い (知覚鈍麻)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉛	皮膚にかゆみがあり、じんましん、アトピー性皮膚炎になりやすい	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
32	特定の薬、あるいは食べ物で何らかの異常が体に出る	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉜	歩行時、足・ひざが痛い	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉝	腰・手足の冷え・ひどいしもやけになりやすい	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉞	排尿異常がある (タンパク尿・頻尿・夜尿・排尿痛)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
36	目がよく疲れる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㉟	神経過敏・イライラする・怒りっぽい・興奮しやすい・注意力の低下	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
38	毎日よく眠れる (0 : はい 1 : 時々夢を見る 2 : 睡眠不足 3 : ほとんど眠れない)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
39	食事は毎日おいしい (0 : はい 1 : 変わらない 2 : おいしく感じない 3 : 食欲不振)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
40	毎日気分が良い (0 : 充実している 1 : ほぼ充実 2 : 平凡な毎日 3 : 何かをするにもおっくう)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
㊴	月経異常がある (生理不順・生理痛・婦人科疾患がある)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
42	洗髪時、毛が抜けやすい	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
43	年齢不相応の白髪を認める	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
44	1～43の問診の他に気になる体の不調がある (内容 :)	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3

メディカルチェックシート

2 / 2

ID (

)

症状 (0 : なし 1 : 時々 2 : ひどい 3 : 非常にひどい) ○印の問診は、あてはまる症状に○を付けてください (複数回答可)		/ / 年 月 日	/ / 年 月 日	/ / 年 月 日
45	いつも食物は胃にもたれるような気がする	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
46	このごろ体重が減った	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
47	フケがひどい	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
48	口腔内乾燥感がある	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
49	外食が多い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
50	魚介類をあまり食べない	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
51	主食は玄米である	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
52	ファーストフード・インスタント食品を食べることが多い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
53	薬物を使用している (ステロイド・抗けいれん剤・経口避妊薬・利尿剤など)	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
54	夜眠ってもすぐ目を覚ましやすい・寝起きが悪い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
55	人に会うのがおっくうになった・仕事をする気が起きない	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
56	ストレスが多い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
57	身体を動かすのが嫌いである	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
58	普段車の利用が多い	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
59	食生活が不規則である	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
60	糖質類 (ご飯・麺・パンetc) が好きである	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
61	夕食を摂ってから就寝までが3時間以上空いていない	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
62	朝・昼が遅く・夜が遅い食事傾向である	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
63	水分・塩分を多く摂っている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
64	よく噛まずに飲み込んでしまう・早食いである	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
65	清涼飲料水が好きである	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
66	コーヒーや紅茶に必ず砂糖を入れる	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
67	やり手とかガンバリ屋さんといわれている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
68	毎日の生活で時間に追われているような感じがする	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
69	自分の仕事や行動に自信を持っている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
70	食事をしながら仕事をしたり、休憩後すぐ仕事に取り掛かったりする	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
71	お腹が出ている	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
72	運動をしている (回/週 内容 :)	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
73	煙草を吸う (本/日)	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
74	お酒を飲む (回/週 量 :)	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
75	子供の時から肥満児であった	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
76	成長期である	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
77	妊娠中・授乳中である	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
78	体重の増減がありますか	なし・減・増	なし・減・増	なし・減・増
		ヶ月 kg	ヶ月 kg	ヶ月 kg
79	爪が割れやすい	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
合計		点	点	点

やまかみクリニック

...部分のみ記入

お食事問診票①

食品ごとに示した図は、1回分が1人前の量の目安です。この分量を参考にして1日分の食べる量を回答してください

ID ()

記入日 年 月 日

	食品類	1回分の摂取量の目安	1日分の摂取量	摂取の頻度
第1群	①牛乳・乳製品	牛乳コップ1杯（約170cc）  ヨーグルト1個（約100g）  チーズなら1切れ（20g） 	牛乳コップ（ ）杯 ヨーグルト（ ）個 チーズ（ ）切れ	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど飲まない 毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない 毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない
	②卵	卵 	卵（ ）個	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない
第2群	③魚介類	魚なら中1切れ  エビなら中4～5尾 刺身なら5切れ程度 イカなら1/2杯程度	加熱調理（ ）人前 生（刺身）（ ）人前	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない 毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない
	④肉類	ロース肉なら1枚  ウィナーなら4本  ユッケなら1人前 薄切り肉なら2～3枚 ハムなら4枚 鶏から揚げ3個	加熱調理（ ）人前 生（ユッケ）（ ）人前	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない 毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない
	⑤豆・大豆製品	豆腐  納豆  枝豆 豆乳コップ1杯（約170cc） 	豆腐（ ）丁 納豆（ ）パック 豆乳コップ（ ）杯	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない 毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない 毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど飲まない
	⑥野菜	緑黄色野菜  淡色野菜 * 1食分は手のひらサイズの 小鉢1つ分ぐらい	たっぷり 普通 少し	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない
第3群	⑦芋類	さつまいも 里芋 長芋など *じゃがいもは含まない	たっぷり 普通 少し	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない
	⑧果物	バナナ1本 みかん3個 グレープフルーツ1/2個 キウイフルーツ2個 りんご1個 その他（ ）	たっぷり 普通 少し	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない
	⑨海藻類	わかめ ひじきの煮物など * 1食分は小鉢1つ分ぐらい	たっぷり 普通 少し	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない

Q1. 外食はどこで食べますか？ a. レストラン(寿司・和食・フレンチ・洋食・中華・その他()) b. 定食屋 c. 居酒屋 d. ファミレス e. カフェ f. ファーストフード(ハンバーガー・牛丼系・ドーナツ) g. その他()	外食について(買った惣菜、宅配ピザ、出前等も含む) 朝 ほとんど自炊・週3～4回自炊・週1～2回自炊・ほぼ毎日外食 昼 ほとんど自炊・週3～4回自炊・週1～2回自炊・ほぼ毎日外食 夜 ほとんど自炊・週3～4回自炊・週1～2回自炊・ほぼ毎日外食
Q2. スーパーやコンビニのお惣菜やお弁当は、週に何回ぐらい利用しますか？	毎日・週3～4回・週1～2回・ほぼ利用しない
Q3. スーパーやコンビニのお惣菜やお弁当は、何をかうことが多いですか？（飲み物も） お弁当類・食パン・菓子パン・サンドイッチ・おにぎり・サラダ・揚げ物・煮物・炒め物・インスタント食品・プリンやアイスなどデザート類・甘い菓子・スナック菓子・ペットボトル(お茶、水・清涼飲料水(商品名))・缶コーヒー・牛乳・アルコール・その他()	
Q4. ほぼ自炊の人におたずねします。冷凍食品を買うことは多いですか？	はい（主な内容： ）・ いいえ

お食事問診票②

食品ごとに示した図は、1回分か1人前の量の目安です。この分量を参考にして1日分の食べる量を回答してください

ID ()

	食品類	1回分の摂取量の目安	1日分の摂取量	摂取の頻度		
第4群	⑩穀類	茶碗に軽く1膳  食パン6枚切り1枚  ロールパン2個 	毎日、どのくらい主食（炭水化物）を食べますか 朝食の主食の量は？ 昼食の主食の量は？ 夕食の主食の量は？	たっぶり 普通 少し ほとんど食べない たっぶり 普通 少し ほとんど食べない たっぶり 普通 少し ほとんど食べない		
		そば  ラーメン  パスタ 			1人前 1人前 1人前	
		ジャガイモ（中1個） 			ジャガイモは食べますか？	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない
		⑪甘味類			砂糖  はちみつ  ジャム 	パンなどに塗りますか コーヒー紅茶などに()杯 調味料として大さじ()杯
	⑫油脂類	バター マーガリン マヨネーズ サラダ油 オリーブオイル ごま油 その他()	パンなどに塗りますか フライや揚げ物を食べますか	毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない 毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない		
		ファーストフード、スナック菓子、カップラーメンなど「トランス脂肪酸」が多く含まれる食品をよく食べますか		毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない		
⑬アルコール	ビール大瓶／350ml缶()／日 ワイン()杯／日 焼酎()合／日 日本酒()合／日 その他()コップ()杯／日		毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど飲まない			
⑭清涼飲料水	果汁100%ジュース（果実の種類）コップ()杯／日 野菜ジュース コップ()杯／日 清涼飲料水（商品名）ペットボトル500ml()本／日 缶コーヒー()缶／日		毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど飲まない			
⑮菓子類	ケーキ()個 せんべい()枚 チョコレート()個 クッキー()枚 プリンなど()個 アイスクリーム()個 ドーナツ()個 グミ・キャンディー()個 その他()		毎日・週3～4回・週1～2回・ほとんど食べない			

Q4 本日採血までに食べたものと それ以外の欄は昨日食べたものを教えてください

(B型肝炎治療の方は無記入をお願いします)

朝 (月 日 午前・午後 時 分頃)	昼 (月 日 午前・午後 時 分頃)	夕 (月 日 午前・午後 時 分頃)	おやつ(間食、デザートなど)

クリニック記入欄 (有効) 蛋白摂取量 2g/日

週間食事記録表

お名前（

） ※（例）を参考に6日分ご記入下さい。

8

日付	(例)	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()	/ ()
朝食	ごはん1杯 味噌汁1杯 納豆1パック						
間食	果物ゼリー 1 カップ						
昼食	海藻サラダ 明太子パスタ100 g						
間食	チョコレート40 g コーヒー ブラック1杯						
夕食	鶏モモのから揚げ4個 もやしのナムル チャーハン大盛						
その他	発泡酒350m l 1本 白ワイン 200 c c						

※女性の方のみお答えください

最近あった月経の直前の症状の強さについておたずねします。

下記の症状であてはまる個所に、○をつけてください。(強さ:0～3)

症状は、以下の条件を満たすものだけに限ります。

- (1) 月経開始前2週間以内(多くは3～10日前)に症状が始まる。
- (2) 月経開始後、遅くとも1～2日には症状が消失する
- (3) 月経後から排卵までの間(多くの場合は、月経後1週間)では症状は起こらない。

	症状	記入日 年 月 日	記入日 年 月 日	記入日 年 月 日
1	うつ症状になる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
2	気力がなくなる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
3	イライラする	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
4	不安になる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
5	緊張感がある	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6	情緒不安定になる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7	悲しくなる・泣きたくなる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
8	怒りっぽくなる・攻撃的になる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
9	ものごとに興味がなくなる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
10	ひきこもりになる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
11	疲れやすくなる・だるくなる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
12	判断力・集中力が低下する	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
13	眠くなる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
14	眠れなくなる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
15	性欲が増す	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
16	食欲が増す	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
17	自分をコントロールできない	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
18	下腹部が痛い・重い・張る	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
19	乳房が張る・痛い	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
20	頭が痛い・重い	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
21	手足がむくむ	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
22	便秘になる	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
23		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
24		0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
	その他に気になる症状があれば、ご記入ください			

タイプ	Bristol Stool Form Scale	
1		硬くてコロコロの糞状の (排便困難な)便
2		ソーセージ状であるが 硬い便
3		表面にひび割れのある ソーセージ状の便
4		表面がなめらかで柔らかい ソーセージ状、あるいは蛇 のようなとぐろを巻く便
5		はっきりとしたしわのある柔 らかい半分固形の(容易に 排便できる)便
6		境界がほぐれて、ふにゃふ にゃの不定形の小片便、泥 状の便
7	全くの水状態	水様で、固形物を含まない 液体状の便

硬便

下痢便