

## 排便日誌の記入方法

排便の状態を知ることは大切です。

客観的に評価するために、排便日誌の記載は役に立ちます。便の状態と排便の状況を毎日記録することで、便失禁（便漏れ）や便秘症の有無や程度および排便に関する他の症状に関して、自分自身よく分かりますし、医師にも正確に伝えることができます。

「便の硬さ」に関しても、「便の状態の参考図」からあなたの便の状態に最も近いものを見つけ、排便日誌に記録してください。

日付		便失禁記入例	便秘記入例
1日の排便回数 <sup>注1)</sup>		2回	0回
便の硬さ <sup>注2)</sup>	コロコロ便	回	回
	硬い便	回	回
	やや硬い便	回	回
	普通便	回	回
	やや軟らかい便	1回	回
	泥状便	1回	回
	水様便	回	回
1日の便失禁の回数		2回	0回
便失禁の内容と量	点状	回	回
	すじ状	1回	回
	小さじ1杯	<input type="checkbox"/> 固形 回 <input type="checkbox"/> 液状 回	<input type="checkbox"/> 固形 回 <input type="checkbox"/> 液状 回
	大さじ1杯	<input type="checkbox"/> 固形 回 <input checked="" type="checkbox"/> 液状 1回	<input type="checkbox"/> 固形 回 <input type="checkbox"/> 液状 回
	多量	<input type="checkbox"/> 固形 回 <input type="checkbox"/> 液状 回	<input type="checkbox"/> 固形 回 <input type="checkbox"/> 液状 回
便秘の症状	強く力む必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input checked="" type="checkbox"/> 高
	残便感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
	腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
	トイレに行ったが便が出なかった回数	0回	3回
トイレ内で排便に要した時間（分）		5分	30分
トイレ外で排便のために費やした時間 <sup>注3)</sup> （分）		10分	0分

注1) 「1日の排便回数」に関して：1回のトイレの中で複数回に分けて排便しても、1回と数えて下さい。

注2) 「便の硬さ」に関して：1回のトイレの中で複数回に分けて出した便の硬さが異なる場合は、最も硬い便の硬さを代表として記入して下さい。

### 便の状態の参考図

- 1

コロコロ便

●●●

硬くてコロコロの兔糞状の便
- 2

硬い便

●●●

ソーセージ状であるが硬い便
- 3

やや硬い便

●●●

表面にひび割れのあるソーセージ状の便
- 4

普通便

●●●

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

やや軟らかい便

●●●

はっきりとしたしわのある柔らかい半分固形の便
- 6

泥状便

●●●

境界がぼぐれて、ふにゃふにゃの不定形の小片便泥状の便
- 7

水様便

●●●

水様で、固形物を含まない液体状の便

「便失禁の内容と量」に関して：下着に便が付着した場合以外は、内容として固形か液状かのいずれかにチェックを入れて、回数を記載して下さい。

「便秘の症状」に関して：該当する箇所にチェックを入れてください。

注3) 「トイレ外で排便のために費やした時間」に関して：排便を終えて一度トイレから出たが、便失禁や、また排便をしたくなるかも知れないという不安感のために、トイレから離れられない時間などを意味します。

## 排便日誌

日付	/	/	/	/	/	/	/		
1日の排便回数 <sup>注1)</sup>	回	回	回	回	回	回	回		
便の硬さ <sup>注2)</sup>	コロコロ便	回	回	回	回	回	回		
	硬い便	回	回	回	回	回	回		
	やや硬い便	回	回	回	回	回	回		
	普通便	回	回	回	回	回	回		
	やや軟らかい便	回	回	回	回	回	回		
	泥状便	回	回	回	回	回	回		
	水様便	回	回	回	回	回	回		
1日の便失禁の回数	回	回	回	回	回	回	回		
便失禁の内容と量	点状	回	回	回	回	回	回		
	すじ状	回	回	回	回	回	回		
	小さじ1杯	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回
	大きじ1杯	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回
	多量	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回	<input type="checkbox"/> 固形 <input type="checkbox"/> 液状	<input type="checkbox"/> 回 <input type="checkbox"/> 回
便秘の症状	強く力む必要	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
	残便感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
	腹痛	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高	
	トイレに行ったが便が出なかった回数	回	回	回	回	回	回	回	
トイレ内で排便に要した時間 (分)	分	分	分	分	分	分	分		
トイレ外で排便のために費やした時間 <sup>注3)</sup> (分)	分	分	分	分	分	分	分		

注1 「1日の排便回数」に関して：1回のトイレの中で複数回に分けて排便しても、1回と数えて下さい。

注2 「便の硬さ」に関して：1回のトイレの中で複数回に分けて出した便の硬さが異なる場合は、最も硬い便の硬さを代表として記入して下さい。

注3 「トイレ外で排便のために費やした時間」に関して：排便を終えて一度トイレから出たが、便失禁や、また排便をしたくなるかも知れないという不安感のためにトイレから離れられない時間などを意味します。