

このアンケートはあなたの排便機能を評価することを目的としています。  
それぞれの質問に対して、チェックボックス 1 つだけにチェックをしてください。  
症状が日によって変化する場合、答えを 1 つにしぼることが難しいかもしれませんが、  
そのような場合でも普段の排便状況に最も当てはまる答えを 1 つだけ選んでください。  
排便機能に影響を与えるような感染症に最近かかっていた場合でも、そのことは考慮  
せずに普段の排便機能に当てはまる答えを選んでください。

---

1. ガス(おなら)をうまく我慢できないことはありますか？

- 全くない
- 1 週間に 1 回未満
- 1 週間に少なくとも 1 回

2. 水様性の便が漏れてしまうことはありますか？

- 全くない
- 1 週間に 1 回未満
- 1 週間に少なくとも 1 回

3. どのくらいの頻度で排便のためにトイレに行きますか？

- 1 日 (24 時間)に 7 回より多い
- 1 日 (24 時間)に 4~7 回
- 1 日 (24 時間)に 1~3 回
- 1 日 (24 時間)に 1 回未満

4. 排便後 1 時間以内に再度排便のためトイレに行くことはありますか？

- 全くない
- 1 週間に 1 回未満
- 1 週間に少なくとも 1 回

5. 排便のためトイレに駆け込まないといけないような衝動に駆られることは  
ありますか？

- 全くない
- 1 週間に 1 回未満
- 1 週間に少なくとも 1 回