✅ 小腸・大腸の健康チェック＆栄養カウンセリング問診票

【1. 現在の症状・不調チェック】
※該当するものに✓をつけてください（複数回答可）
□ 便秘（週に3回未満の排便）
□ 下痢（1日に2回以上／水様便）
□ お腹が張る（ガスがたまりやすい） □ 食後に腹痛や違和感
□ 腸の音がよく鳴る（ゴロゴロ） □ 排便後もスッキリしない
□ 便が細くなった・出にくい □ 便のにおいが強い・異常に臭う
□ 便の色がいつもと違う（黒い・白っぽい）
□ おならが臭い／頻繁に出る
□ お腹がゆるくなる食品がある（例：牛乳）
□ 生理前に便秘 or 下痢になる（女性）
□ 食後に眠くなる or だるくなる □ 甘いものをよく欲する

【2. 排便について】
排便の頻度：□毎日 □2〜3日に1回 □週に1回未満
排便時間：□朝 □夜 □特に決まっていない
便の性状（複数選択可）：
□ バナナ状 □コロコロ状（硬便）
□ドロドロ □水様 □浮く □油が浮いている感じ

【3. 食生活・腸に影響しやすい食品】
よく摂る食品・飲料（複数可）
□ 小麦製品（パン・うどん等） □ 牛乳・乳製品
□ 加工食品・添加物多い食品
□ アルコール □ 揚げ物 □ 生野菜 □ お菓子
□ 人工甘味料 □ その他：＿＿＿＿＿
特定の食品でお腹を壊した経験
□ある（食品名：＿＿＿＿＿）／□ない
よく噛んで食べていますか？：□はい □いいえ □意識していない

【4. ストレス・生活習慣】
□ ストレスで便通に影響が出ることがある（便秘／下痢）
睡眠時間：（ ）時間
運動習慣：□あり（頻度： ）／□なし
過去半年以内に環境の変化
（転職・引越し・介護・出産など）

_____

【5. 医療機関での検査・治療歴（任意）】
□ 大腸内視鏡検査の経験あり（年： ）
□ ピロリ菌検査 or 除菌歴あり
□ 慢性的な便秘や過敏性腸症候群といわれたことがある
□ 抗生物質を過去1年以内に使用（薬名：_____）
□ サプリメント・整腸剤・漢方薬など使用中
（記入：_____）

【6. ご希望のサポート内容】
□ 腸内環境を整えたい
□ 便通を安定させたい
□ 食事やサプリメントで体質を改善したい
□ その他：_____

【7. ご質問や自由記入欄】