

# 登録情報

【黒いペン等で濃くはっきり書き、鉛筆は避けてください】 記入日： . . .

※は必ずご記入ください

ID: \_\_\_\_\_

氏名 ※ (漢字)

性別 ※ 男 ・ 女

※ (カナ)

職業 \_\_\_\_\_

生年月日 ※ (西暦) 年 月 日

郵送時やサプリメント等の送付先 ※ 〒 \_\_\_\_\_ (都道府県)

\_\_\_\_\_ (パート/マンション)

\_\_\_\_\_ (電話番号)

\_\_\_\_\_ (宛名)

\_\_\_\_\_ (カナ)

ご自宅の電話番号 ※ \_\_\_\_\_

(ご連絡可能な時間帯)

受診可能FAX番号 \_\_\_\_\_

携帯電話番号

本人・その他 ( )

(ご連絡可能な時間帯)

優先連絡先 ※ 自宅 ・ 携帯 ・ その他 ( )

その他の場合 (電話番号) \_\_\_\_\_ )

(ご連絡可能な時間帯) \_\_\_\_\_ )

現在ご同居の家族構成を簡単にお書き下さい

連絡時の注意事項

\*当院を何で知りましたか？ 該当箇所にチェック/O、及び詳細をご記入ください(複数可能)

紹介 (家族・知人)

ご紹介者名 \_\_\_\_\_

クリニックを利用中

書籍

書籍名 \_\_\_\_\_

雑誌・新聞記事

雑誌/新聞名など \_\_\_\_\_

インターネット

ブログ・サイト名、検索語句など \_\_\_\_\_

その他

看板広告・その他 ( ) \_\_\_\_\_ )

<治療について> ※ 皆様のニーズに最適な診療をご提供できるよう、ご利用いただく主な目的・ご希望をお知らせください。

1. 高濃度ビタミンC点滴療法によるがんの治療を希望している
2. 高濃度ビタミンC点滴療法をアンチエイジング目的で希望している
3. マイクロアレイによるがん検診を希望している
4. プラセンタ療法を希望している
5. グルタチオン点滴orマイヤースカクテルを希望している
6. わからない。医師に判断してほしい
7. その他 ( ) \_\_\_\_\_ )

**【血液検査の注意事項】**

- ・血液検査の際は、空腹でお水500ml以上飲んでいただくをお願いします。
- ・午前中の採血をお勧めいたします。難しい場合はスタッフへご相談ください。

初診の方：①～③、再診の方：①～④ を使用

**オーソモレキュラー栄養療法  
解析情報シート ①**

(初診・ 回目)

記入日： 年 月 日

ID： 氏名： 男・女 生年月日： 年 月 日

**※赤枠内は必須項目です**

- 検査前8時間以上絶食 : した ・ していない  
していない場合：( ) 時間前 ・ 摂取物 ( )
- 身体特徴 : 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg ※身長・体重の記載がない場合は、BMIのグラフは表示されません
- 女性のみ : 最近の生理開始 ( ) 週間前 閉経後の場合：閉経した年齢 ( ) 歳  
妊娠中の場合 ( ) 週目 授乳中 ( はい ・ いいえ )  
出産した回数： ( ) 回 出産時期： ( )

改善したい症状や病気：改善したい症状や病気を、簡単にお書きください。  
未記入の場合は「栄養不足チェック」とさせていただきます。

病状/病名 : 発症時期(年齢) :

状況(治療方法・現在の状態) :

病状/病名 : 発症時期(年齢) :

状況(治療方法・現在の状態) :

**既往歴(ご本人)**

症状/病名 : 症状/病名 :

時期(年齢) : 時期(年齢) :

手術の有無 : なし ・ あり 手術の有無 : なし ・ あり

治療内容 : 治療内容 :

(「あり」の場合) (「あり」の場合)

**既往歴(ご家族) : ○をしてください。( )に続柄をご記入ください。**

脳卒中 : いない ・ いる ( ) 痛風 : いない ・ いる ( )

高血圧 : いない ・ いる ( ) 肝臓病 : いない ・ いる ( )

心疾患 : いない ・ いる ( ) 癌 : いない ・ いる ( )

糖尿病 : いない ・ いる ( ) 精神疾患 : いない ・ いる ( )

その他 : 疾患名 ( )  
続柄 ( )

**アレルギー : ○をしてください。( )に詳細をご記入ください。**

薬品アレルギー : なし ・ ある ( )

食物・その他アレルギー : なし ・ ある ( )

**感染症の有無 : ○をしてください。**

H I V : なし ・ ある ・ わからない

B型肝炎 : なし ・ ある ・ わからない

C型肝炎 : なし ・ ある ・ わからない

その他 : なし ・ ある (疾患名: )

クリニック名称 :

担当 :

# オーソモレキュラー栄養療法 解析情報シート ②

(初診・ 回目)

記入日： 年 月 日

ID： 氏名：

【生活習慣】：あてはまるところに○をつけてください。また( )に記入してください。

飲食	1 食事量・頻度	・正しく	・普通	・偏る	・ひどく偏る			
	2 間食(甘物・菓子・清涼飲料)全般	・摂らない	・時々	・摂る	・多い			
	3 食欲	・ある	・普通	・ない				
	4 1日の食事の回数	・3	・2	・1	・不規則			
	5 1回の食事にかかる時間	・長い	・普通	・短い	・不規則			
	6 1回の食事量	・適量	・満腹気味	・不足気味				
	7 朝食	・摂る	・摂らない	・不規則				
	8 夕食から就寝までの時間	0	1	2	3	4	5	6
	9 外食	・しない	・する					
	10 (外食を)「する」の場合	( )	回/週	以上				
	11 清涼飲料水	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	12 甘いもの・お菓子	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	13 糖質類(ご飯・麺・パンetc)	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	14 ファストフード	・摂らない	・普通	・よく摂る				
	15 標準体重の維持	・している	・していない					
睡眠	1 寝付き	・良い	・普通	・悪い	・ひどく悪い			
	2 目覚め	・良い	・普通	・悪い				
	3 夜中に起きる	・起きない	・時々起きる	・よく起きる				
	4 平均睡眠時間	( )	時間/日					
	5 就寝時間	・規則的	・不規則					
運動		・している	・していない					
		運動名( )	頻度( )					
喫煙		・吸わない	・吸う					
			本数( )	本/日				
飲酒		・飲まない	・飲んでいた	・飲む	・多い			
		ビール( )ml ( )回/週以上、	日本酒( )ml ( )回/週以上	焼酎( )ml ( )回/週以上、	ワイン( )ml ( )回/週以上			
		その他：( )						
常用薬		・ない	・ある					
			「ある」の場合、薬品名	( )				
糖質摂取管理(該当する項目にチェックを入れてください)								
1	砂糖について(砂糖入り菓子、スナック菓子、ジュース、100%野菜ジュース等)	・毎日食べる	・週に5~6回食べる	・週に3~4回食べる	・週に1~2回食べる	・全く食べない		
2	精製された製品(白米・煎餅・白い小麦粉でできたうどんやラーメン、パン等)	・毎日食べる	・週に5~6回食べる	・週に3~4回食べる	・週に1~2回食べる	・全く食べない		
3	食事の他に補食を摂っていますか?	・はい	・いいえ					
			「はい」の場合の種類( )					
摂取中のサプリメント		・ない	・ある	・クリニック処方のみ				
		*2回目以降の方はページ④にお書きください。	「ある」の場合、名称	( )				
その他	1 意識的に健康管理している	・はい	・いいえ					
	2 子供の頃肥満だった	・はい	・いいえ					
	3 その他の生活習慣	( )						



# オーソモレキュラー栄養療法 解析情報シート ③

(初診・ 回目)

記入日： 年 月 日

ID： 氏名：

【自覚症状】：あてはまるところに○をつけてください。

1	立ちくらみ、めまいがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
2	頭痛、頭重（偏頭痛）がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
3	顔色が悪い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
4	目がよく疲れたり痛む	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
5	歯肉の出血がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
6	口内炎ができる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
7	のどの不快感がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
8	くしゃみ、鼻水、目が痒くなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
9	口の中に乾燥感がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
10	咳や痰がでる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
11	不整脈・動悸・息切れがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
12	体を動かすと胸が痛む	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
13	胸やけや吐き気（嘔吐・嘔気）がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
14	下痢をしやすい	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
15	食物がのどや胃にもたれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
16	便秘をする	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
17	尿の回数が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
18	手足がしびれる、手足の感覚が鈍い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
19	手足が冷える、しもやけになる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
20	起床時、手指がこぼる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
21	しっしんがでる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
22	爪が割れる、はがれる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
23	皮膚にかゆみ・じんましんがある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
24	アトピー性皮膚炎	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
25	フケが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
26	洗髪時に髪が抜ける	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
27	爪に白い斑点がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
28	疲れる・よく風邪をひく	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
29	体にアザができる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
30	寒さに敏感だ。クーラーが苦手である	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
31	腰痛、関節痛、筋肉痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
32	微熱がでる（発熱）	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
33	汗かき・顔が熱くなる（ほてる）	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
34	急に体重が減った	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
35	急に体重が増えた	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
36	顔や手足、目瞼がむくむ	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
37	つまらない事によくよしたり憂鬱・不安になる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
38	毎日の気分は？	充実	ほぼ充実	平凡	沈みがち
39	イライラしたり、怒りっぽくなる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
40	ストレスが多い	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
41	対人関係がうまくいかず、つらいと感じる	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
42	(女性のみ)生理不順がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
43	(女性のみ)生理痛がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい
44	(女性のみ)生理前に気分の変調がある	いいえ	時々	ひどい	特にひどい

クリニック使用欄（特記すべき経過など。解析の参考にします。）

クリニック名称：

担当：



# オーソモレキュラー栄養療法 栄養チェック問診シート

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

各症状に対して、該当する項目にチェックを入れてください。《すべて必須》

・チェックポイント解説

「ない・減多にない」・・・症状が起きる頻度は1ヶ月に数回程度かそれ以下。生活に支障をきたすほどではない

「たまにある」・・・症状はストレス、食事、疲労、あるいはその他特定できる要因と関連して発症する

「度々ある」・・・症状が1週間に2～3回ある

「頻繁にある」・・・症状が1週間に4回以上起こる。もしくは定期的に起こる

1	成長期である	いいえ	はい		
2	スポーツあるいは肉体労働をする	いいえ	はい		
3	女性の方：有経である（生理がある）	いいえ	はい		
4	女性の方：妊娠または授乳中である	いいえ	はい		
5	女性の方：10年以内に出産している	いいえ	はい		
6	タバコを吸う	いいえ	はい		
7	歳をとったと感じることがある	いいえ	はい		
8	ピロリ菌がいる	いいえ	はい	不明	
9	たちくらみ、めまいがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
10	耳鳴りがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
11	肩こり、筋肉の痛みがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
12	頭痛、頭重になりやすい	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
13	よくアザができる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
14	階段を上ると疲れる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
15	手足が冷える	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
16	あごの回りにニキビができる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
17	のどに不快感がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
18	週1回以上アルコールを飲む	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
19	音に敏感である	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
20	不快な夢を見る	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
21	口内炎、口角炎ができる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
22	集中力が衰えたと思う	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
23	疲れやすい疲れがとれにくい	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
24	にきび・吹き出物・肌荒れが気になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
25	筋肉量が落ちた	いいえ	はい		
26	肉を食べると胃もたれや胸やけがする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
27	肉、魚、卵をしっかり食べない日がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
28	ステロイド剤を使うことがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
29	胃薬を使うことがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
30	急に体重が減った	いいえ	はい		
31	急に体重が増えた	いいえ	はい		
32	歩くのは1日20分以下	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
33	風邪をひきやすい	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
34	洗髪時、髪が抜けやすい	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
35	肌が乾燥する	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
36	爪に白い斑点がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
37	爪がもろい・薄い／変形している	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
38	やる気が起きない	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある



# オーソモレキュラー栄養療法 栄養チェック問診シート

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

各症状に対して、該当する項目にチェックを入れてください。 《すべて必須》

39	傷の治りが悪い、痕が残りやすい	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
40	皮膚が日光に敏感である	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
41	ネックレスなどで皮膚炎が起こる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
42	中性脂肪値が高いと言われたことがある	いいえ	はい		
43	アレルギー疾患がある	いいえ	はい		
44	乾癬・アトピー性皮膚炎がある	いいえ	はい		
45	魚を食べるのは週に2回以下である	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
46	できあいの揚げ物をよく食べる	いいえ	はい		
47	コンビニなどのパンや焼き菓子をよく食べる	いいえ	はい		
48	生活習慣病が心配である	いいえ	はい		
49	記憶力が衰えたまたは向上させたいと感じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
50	下痢、または便秘をしやすい	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
51	食後に胃もたれや胸焼けがする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
52	食べているのに体重が減ってくる	いいえ	はい		
53	ガスが溜まりやすい・臭いが気になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
54	食後に過剰にげっぷが出る	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
55	少量食べただけで満腹になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
56	歯ぐきからの出血がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
57	知覚過敏症が気になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
58	顎の関節に違和感や痛みがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
59	食べ物が飲み込みにくいことがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
60	舌に溝がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
61	舌がむくんで腫んでしまうことがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
62	味覚や嗅覚に異常がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
63	口臭が気になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
64	つまらないことにくよくよする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
65	イライラする、怒りっぽい	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
66	ストレスが多い	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
67	対人関係がうまくいかず、辛いと感じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
68	毎日が憂鬱である	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
69	朝起きられない/午前中は調子が悪い	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
70	うっかりミスが多くなっている	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
71	日中急に眠気におそわれることがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
72	甘いものを週1回以上食べる	いいえ	はい		
73	コーヒーや紅茶に砂糖を入れる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
74	ご飯、麺、パンを1日1回以上食べる	いいえ	はい		
75	葉物野菜をあまり摂らない	いいえ	はい		
76	いも、根菜類を週3回以上食べる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
77	野菜ジュース、イオン飲料を飲む	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
78	忙しくて食事に時間がかげられない	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
79	朝食を食べない日がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
80	足がつりやすい	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある



## オーソモレキュラー栄養療法 消化管チェック情報シート

ID :

氏名 :

男・女

生年月日 :

年

月

日

各症状に対して、該当する項目にチェックを入れてください。《すべて必須》

・チェックポイント解説

「ない・減多にない」・・・症状が起きる頻度は1ヶ月に数回程度かそれ以下。症状があったとしても生活に支障をきたすほどではない

「たまにある」・・・症状はストレス、食事、疲労、あるいはその他特定できる要因と関連して発症する

「度々ある」・・・症状が1週間に2～3回ある

「頻繁にある」・・・症状が1週間に4回以上起こる。もしくは定期的にかかる

1	食後に胃もたれを起こしたり、食べたものが逆流（胸焼けなど）したりする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
2	食後に過剰にげっぷが出る	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
3	食事中あるいは食後に胃や腹部の痙攣（けいれん）が生じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
4	食事中あるいは食後に胃がもたれ、不快な満腹感や腹部膨満感を感じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
5	口の中に不快な味が残る	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
6	少量食べただけで、満腹になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
7	食欲が無いため食事を抜いたり、食生活が不規則である	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
8	食べ物のことを考えたりあるいは料理の臭いがきつかったりすると、消化管の不快症状が悪化したり、お腹が痛くなったりする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
9	十分な食事をしても、食後1～2時間で空腹感を感じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
10	食後の腹痛あるいは胃の灼熱感（焼ける様な痛み）が1～4時間続く	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
11	腹痛や胃の灼熱感が起きるが、それらは炭酸飲料、牛乳や乳飲料の摂取あるいは制酸剤の服用によって軽減する	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
12	胸の下部に焼けるような感覚を感じる（特に横になった時あるいはかがんだ時）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
13	忙しかったり、ストレスを感じたりすると消化不良を生じる	いいえ	はい		
14	辛いもの、油っぽいもの、チョコレート、コーヒー、アルコールあるいは柑橘類を摂ると腹痛や胃のむかつきを起こす	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
15	食べると吐き気がする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
16	食べ物や飲み物を飲み込むのが困難あるいは痛みを生じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
17	左上腹部（肋骨のすぐ下）をマッサージするとヒリヒリした痛みや圧痛を感じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある

## オーソモレキュラー栄養療法 消化管チェック情報シート

ID: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

各症状に対して、該当する項目にチェックを入れてください。《すべて必須》

18	食後2～4時間後に膨満感、満腹感、あるいは腹部の緊張感がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
19	腹部に不快感があるが、おならや排便後に軽減される	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
20	特定の食べ物や飲み物によって消化不良を起こす	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
21	1日の内で便の硬さあるいは形状が変わる（例：細い、ゆるい等）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
22	便が臭く大変気になる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
23	便に未消化の食べ物が混ざっている	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
24	1日に3回以上排便がある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
25	頻繁に下痢（水様便）をする	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
26	食べた直後（1時間以内）に排便がある（便秘である）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
27	食べた直後（1時間以内）に排便がある（軟便・下痢である）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
28	大腸（下腹部）に不快感や痛み、あるいは痙攣が起きる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
29	精神的ストレスあるいは生野菜や果物の摂取により、膨満感、痛みまたはおなかの張りを生じる	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
30	大抵便秘している（あるいはいきまないと便が出ない状態）	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
31	便の量が少なく、固くてコロコロ便である	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
32	便に粘液が混じっている	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
33	便秘と下痢を繰り返している	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
34	直腸部分に一過性の痛み、痒みまたは痙攣を起こすことがある	ない・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
35	便意を催さない	いいえ	はい		
36	常に排便したい感じがある（残便感）	いいえ	はい		