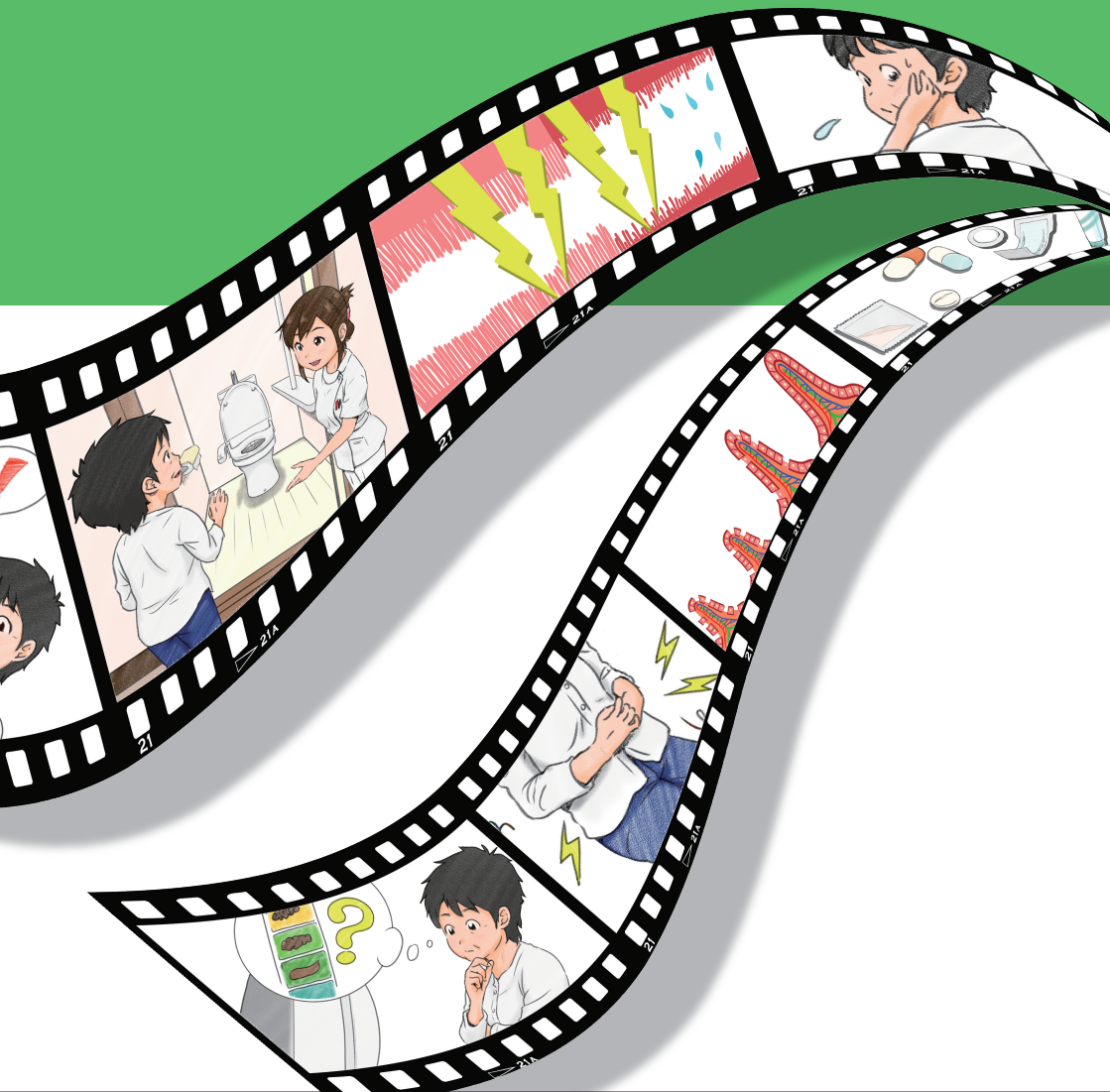
かんたん日誌



観察ポイント

お通じと便の状態を観察してみましょう。
毎日、便が出るたびに変化をみてみましょう。



1　便の性状を確認しましょう。

2　便の傾向を記録しましょう。

どんな形ですか？
多くなってきてませんか？

1	コロコロ便		硬くてコロコロの兎糞状の便
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		表面がなめらかで軟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 軟らかい半分固形の便
6	泥状便		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	水様便		水様で、固形物を含まない 液体状の便

（神山剛一：ブリストルスケールによる便の性状分類。排泄ケアナビ：消化・吸収のメカニズム.
http://www.carenavi.jp/jissen/ben_care/shouka/shouka_03.html より）

※１日の流れの中で便がでている時間を確認し、性状を参照し番号を記録しましょう。



痛みを記録しましょう

◎お通じに伴ったお腹の痛みはありませんか？
◎下痢が続くことで肛門の痛みはありませんか？

困っていることを伝えましょう

◎下痢により、日常生活に支障をきたしていませんか？
◎下痢により、社会生活に支障をきたしていませんか？

自分が行った対応（工夫）を記録しましょう

◎自分なりの対策でうまく対応できたこと
◎薬の使い方、ペースなどでうまく調整できたこと



医療者に相談したい内容記録しましょう

◎体の変化や症状、生活への影響で困っていること
◎血便、痛みの持続、肛門のただれ、など



記入例

チェックを始めましょう！

	記入例	便の状態		
日付	○月○日		月　日	月　日
治療の目安	10 回目		回目	回目
（時間）	0 / 6 起床 朝 / 12 昼 / 18 夕 夜 / 24 就寝	便の状態 0 5 6 6 6 6 24	（時間）0 / 6 / 12 / 18 / 24 便の状態	（時間）0 / 6 / 12 / 18 / 24 便の状態
お腹の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
肛門の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
お薬の内服	お薬の名前（　　） 下			
	お薬の名前（　　） 正			
困っていること	トイレに間に合わない 夜ねむれない			

1 コロコロ便
2 硬い便
3 やや硬い便
4 普通便
5 やや軟らかい便
6 泥状便
7 水様便

自分が行った対応（工夫）を記入してください。

チェックを始めましょう！

月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
□目	□目	□目	□目	□目
（時間） 0 6 12 18 24 便の状態	（時間） 0 6 12 18 24 便の状態	（時間） 0 6 12 18 24 便の状態	（時間） 0 6 12 18 24 便の状態	（時間） 0 6 12 18 24 便の状態
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし

医療者に相談したい内容を記入してください。



記入例

チェックを始めましょう！

	記入例	便の状態		
日付	○月○日		月　日	月　日
治療の目安	10 回目		回目	回目
（時間）	0 / 6 起床 朝 / 12 昼 / 18 夕 夜 / 24 就寝	便の状態	（時間） 0 / 6 / 12 / 18 / 24 便の状態	（時間） 0 / 6 / 12 / 18 / 24 便の状態
お腹の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
肛門の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
お薬の内服	お薬の名前（　　） お薬の名前（　　）			
困っていること	トイレに間に合わない 夜ねむれない			

便の状態

1 コロコロ便

2 硬い便

3 やや硬い便

4 普通便

5 やや軟らかい便

6 泥状便

7 水様便

自分が行った対応（工夫）を記入してください。

チェックを始めましょう！

月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
□目	□目	□目	□目	□目
（時間）0 6 12 18 24　便の状態	（時間）0 6 12 18 24　便の状態	（時間）0 6 12 18 24　便の状態	（時間）0 6 12 18 24　便の状態	（時間）0 6 12 18 24　便の状態
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし

医療者に相談したい内容を記入してください。



記入例

チェックを始めましょう！

	記入例	便の状態		
日付	○月○日		月　日	月　日
治療の目安	10 回目		回目	回目
（時間）	0 / 6 起床 朝 / 12 昼 / 18 夕 夜 / 24 就寝	便の状態 0 / 6 / 12 / 18 / 24	（時間） 0 / 6 / 12 / 18 / 24	便の状態
		5 / 6 / 6 / 6		
お腹の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
肛門の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
お薬の内服	お薬の名前（　　） 下			
	お薬の名前（　　） 正			
困っていること	トイレに間に合わない 夜ねむれない			

便の状態

1 コロコロ便

2 硬い便

3 やや硬い便

4 普通便

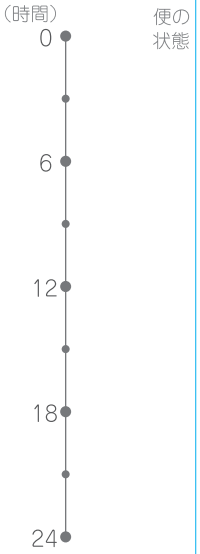
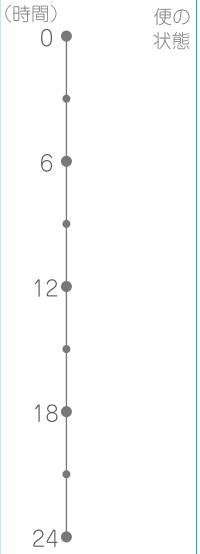
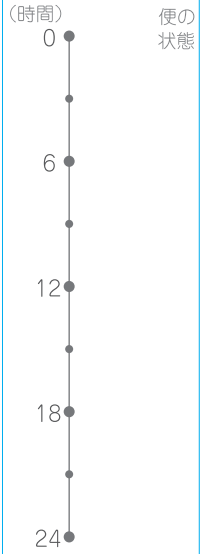
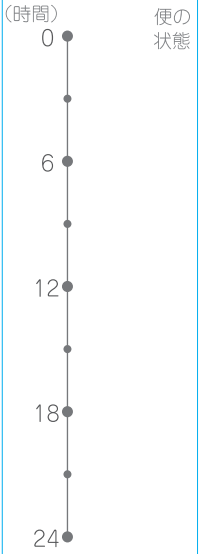
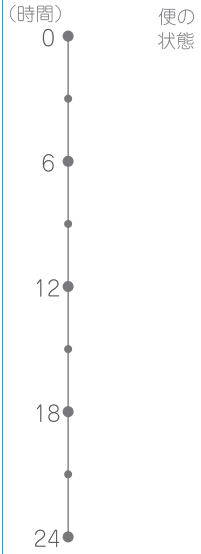
5 やや軟らかい便

6 泥状便

7 水様便

自分が行った対応（工夫）を記入してください。

チェックを始めましょう！

月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
回目	回目	回目	回目	回目
				
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし

医療者に相談したい内容を記入してください。



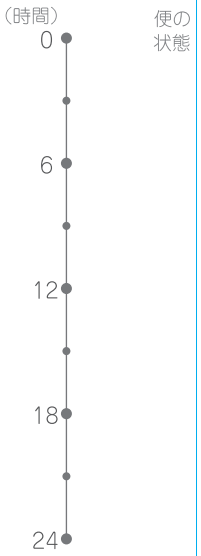
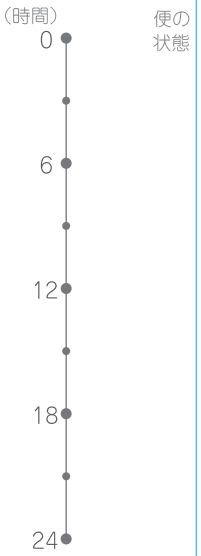
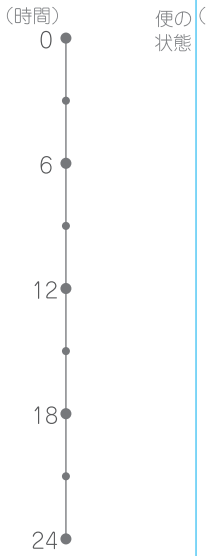
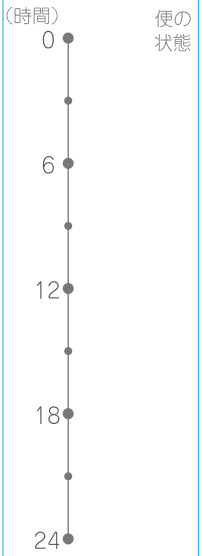
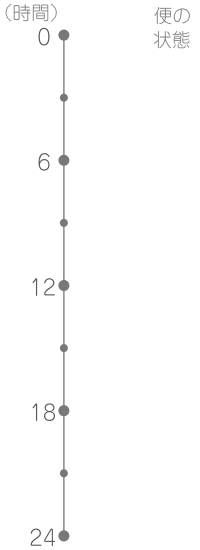
記入例

チェックを始めましょう！

	記入例	便の状態		
日付	○月○日		月　日	月　日
治療の目安	10 回目		回目	回目
（時間）	0 / 6 起床 朝 / 12 昼 / 18 夕 夜 / 24 就寝	1 コロコロ便	（時間） 0 / 6 / 12 / 18 / 24 便の状態	（時間） 0 / 6 / 12 / 18 / 24 便の状態
	便の状態 5 / 6 / 6 / 6	2 硬い便		
		3 やや硬い便		
		4 普通便		
		5 やや軟らかい便		
お腹の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
肛門の痛み	ある・なし	6 泥状便	ある ・ なし	ある ・ なし
お薬の内服	お薬の名前（　　） 下			
	お薬の名前（　　） 正	7 水様便		
困っていること	トイレに間に合わない 夜ねむれない			

自分が行った対応（工夫）を記入してください。

チェックを始めましょう！

月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
回目	回目	回目	回目	回目
				
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし

医療者に相談したい内容を記入してください。



記入例

チェックを始めましょう！

	記入例	便の状態		
日付	○月○日		月　日	月　日
治療の目安	10 回目		回目	回目
（時間）	0 / 6 起床 朝 / 12 昼 / 18 夕 夜 / 24 就寝	便の状態 0 / 6 / 12 / 18 / 24	（時間） 0 / 6 / 12 / 18 / 24	便の状態
お腹の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
肛門の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
お薬の内服	お薬の名前（　　）			
	お薬の名前（　　）			
困っていること	トイレに間に合わない 夜ねむれない			

便の状態

1 コロコロ便

2 硬い便

3 やや硬い便

4 普通便

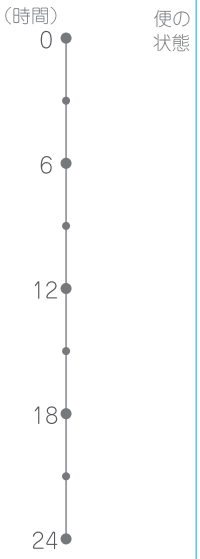
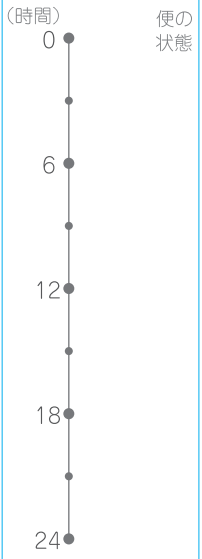
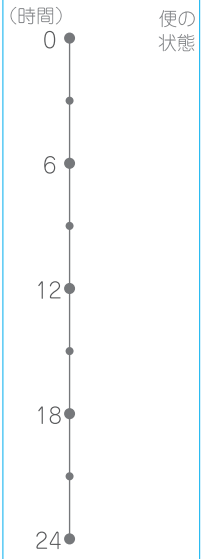
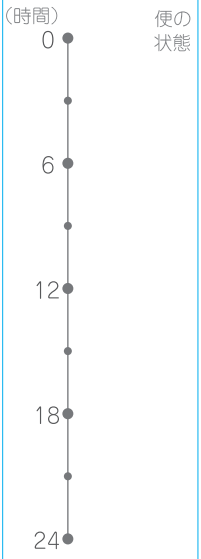
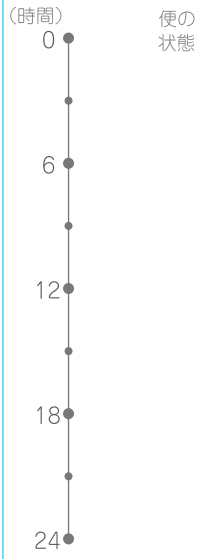
5 やや軟らかい便

6 泥状便

7 水様便

自分が行った対応（工夫）を記入してください。

チェックを始めましょう！

月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
回目	回目	回目	回目	回目
				
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし

医療者に相談したい内容を記入してください。



記入例

チェックを始めましょう！

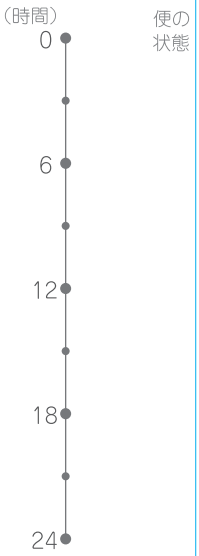
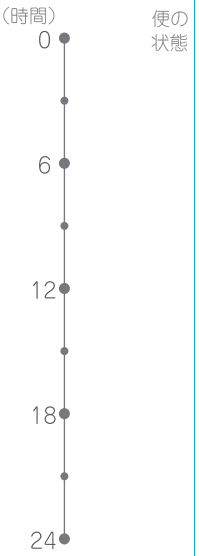
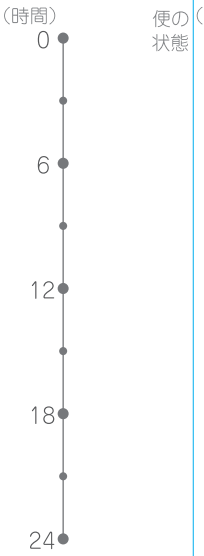
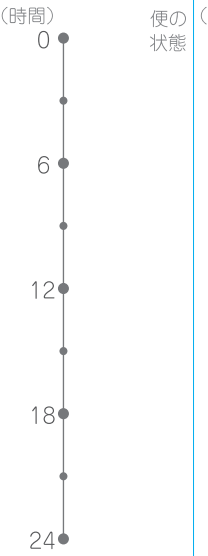
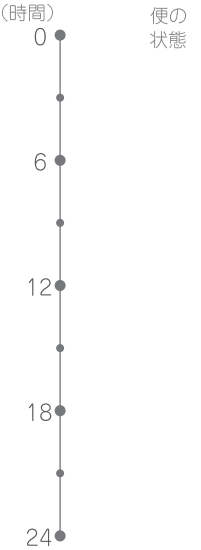
	記入例	便の状態	月　日	月　日
日付	○月○日			
治療の目安	10 回目		回目	回目
	（時間）0 / 6 起床 朝 / 12 昼 / 18 夕 / 夜 / 24 就寝	便の状態 0 / 6 / 12 / 18 / 24	（時間）0 / 6 / 12 / 18 / 24　便の状態	（時間）0 / 6 / 12 / 18 / 24　便の状態
お腹の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
肛門の痛み	ある・なし		ある ・ なし	ある ・ なし
お薬の内服	お薬の名前（　　）			
	お薬の名前（　　）			
困っていること	トイレに間に合わない 夜ねむれない			

便の状態

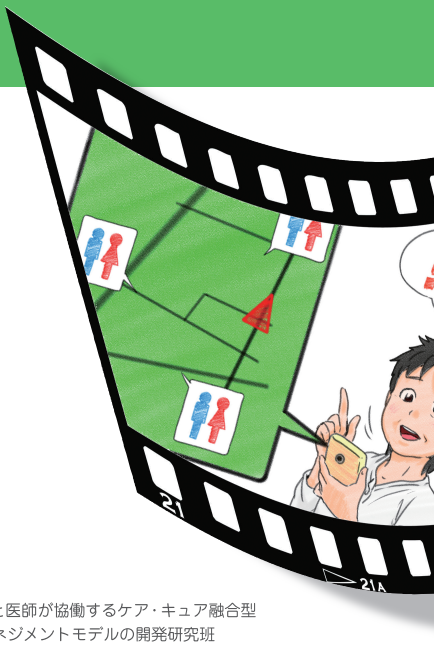
1 コロコロ便
2 硬い便
3 やや硬い便
4 普通便
5 やや軟らかい便
6 泥状便
7 水様便

自分が行った対応（工夫）を記入してください。

チェックを始めましょう！

月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
回目	回目	回目	回目	回目
				
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし
ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし	ある ・ なし

医療者に相談したい内容を記入してください。



連絡先

看護師と医師が協働するケア・キュア融合型
症状マネジメントモデルの開発研究班
研究代表者：内布敦子
共同研究者：北川善子、福井由紀子、福田正道、中野宏恵、
江藤美和子、吉野葵、伊賀規子、西村美穂、
一上由華
イ ラ ス ト：小玉高弘
デ ザ イ ン：(株)CBS デザイン
電鉄商事(株)DTS コミュニケーションズ
2020 年 2 月発行　第 1 版