

泌尿器科問診票

(ふりがな)

氏名 _____ 様 ^(男・女) 生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 月 日(才)

〒 _____ 住所 _____

TEL _____ 携帯 _____

身長 _____ cm、 体重 _____ Kg

施設入所中の方は 施設名 _____ 電話番号 _____

本日はどのような症状で受診されましたか？

いつ頃から _____ (日・週間・ヶ月・年)前から _____ いつ頃からはわからない

どのような症状がありますか？

- ・おしっこが出にくい
- ・おしっこの勢いが弱い
- ・おしっこが残った感じがある
- ・起きている間のおしっこの回数が多い
- ・寝ている間のおしっこの回数が多い
- ・トイレに間に合わない
- ・くしゃみ、せき、お腹に力を入れるとおしっこがもれる
- ・おしっこをする時痛い
- ・尿道の先から膿が出る
- ・性病の検査希望
- ・赤いおしっこが出る
- ・精液に血が混じる
- ・おねしょの治療
- ・腰の痛み、結石治療
- ・睾丸の腫れ、痛み
- ・陰茎の痛み、腫れ
- ・検診で異常を指摘された (血尿・尿潜血・蛋白尿・前立腺がん検診)
- ・その他 (具体的にご記入ください。)
- ・ED(勃起障害)の治療

今回この症状で他の病院で治療をうけたことがありますか。(ある・ない)

現在、治療を受けている病気がありますか？ (ある・ない)

病名: 高血圧 糖尿病 高脂血症 痛風 脳梗塞 緑内障 その他(_____)
くすりの名前 _____

これまでに腎結石、尿管結石の治療を受けたことがありますか？ (ある・ない)

これまでに手術や病気の治療をされたことがありますか？ (ある・ない)

才頃 _____

才頃 _____

アレルギー(くすり、注射、食べ物で具合がわるくなったこと)はありますか？ (ある・ない)

アレルギーの原因 _____

症状 _____

女性の方におたずねします。(○をしてください)

現在妊娠されていますか？ はい いいえ

現在授乳されていますか？ はい いいえ

2枚目もご記入ください

ありがとうございました。お手数ですが、受付までお持ちください。

各質問に対して0~5の中で最も近いと思われるところを○で囲ってください。	全くない	あまりない (5回に1回未満)	たまにある (2回に1回未満)	時々ある (2回に1回くらい)	しばしばある (2回に1回以上)	ほとんどいつも
排尿後に尿がまだ残っている感じがありましたか	0	1	2	3	4	5
排尿後2時間以内にもう一度トイレに行かなければならないことがありましたか	0	1	2	3	4	5
排尿途中で尿が途切れることがありましたか	0	1	2	3	4	5
排尿をがまんするのがつらいことがありましたか	0	1	2	3	4	5
尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5
排尿開始時に力む必要がありましたか	0	1	2	3	4	5
床について朝起きるまで何回排尿に起きましたか	0回	1回	2回	3回	4回	5回
	0	1	2	3	4	5

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から寝るまでに何回くらい尿をしましたか	7回以下	0
		8~14回	1
		15回以上	2
2	夜寝てから朝起きるまでに何回くらい尿をするために起きましたか	0回	0
		1回	1
		2回	2
		3回以上	3
3	急に尿がしたくなり、がまんが難しいことがありましたか	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
4	急に尿がしたくなり、がまんできずに尿をもらすことがありましたか	1日5回以上	5
		なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日1回くらい	3
		1日2~4回	4
1日5回以上	5		

現在の排尿に関してどう感じますか当てはまるものに○をしてください。

うれしい	満足	大体満足	満足・不満のどちらでもない	不満気味	気が重い	つらい
0	1	2	3	4	5	6