

泌尿器科問診票

(ふりがな)

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

〒 _____ 住所 _____

携帯 _____ 自宅 _____

身長 _____ cm 体重 _____ Kg 飲酒 (-)、1日 合、週 日 喫煙 (-)、1日 本、年

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、違和感がある
- ・赤いおしっこが出る
- ・腰の痛み、結石治療
- ・尿道の先から膿が出る
- ・精液に血が混じる
- ・睾丸の腫れ、痛み
- ・陰茎の痛み、腫れ
- ・おねしょの治療
- ・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。)

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)

自費項目(男性のみ)・性病検診(ブライダルチェック)・ED(勃起障害)の治療

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 心筋梗塞 狭心症 緑内障
その他(_____)

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)

妊娠されていますか(はい・いいえ) 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時間以内にも一度トイレに行かなければならぬことがありましたか	0	1	2	3	4	5
排尿途中に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
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	15回以上	2
		0回	0
		1回	1
		2回	2
		3回以上	3
		なし	0
3	急に尿がしたくやがまんが難しいことがありましたか	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
		なし	0
4	急に尿がしたくやがまんできずに尿をもらすことがありましたか	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