

# 問診票

フリガナ					
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	体重	Kg	体温 °C

※当院はマイナ保険証の利用を通して、診療情報を取得・活用することにより 質の高い医療の提供に努めております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

\* マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい いいえ

\* 他の医療機関からの紹介状がありますか？ はい いいえ

\* この一年間で健診(特定及び高齢者)を受診しましたか？ はい いいえ

泌尿器科の受診は初めてですか？ はい いいえ

今日はどんな症状で受診されましたか？当てはまるものに印をしてください

尿の回数が多い：昼\_\_\_\_\_回 夜\_\_\_\_\_回 尿の我慢ができない 残尿感がある

尿の勢いが悪い 尿が出にくい(出ない) 尿漏れがする(間に合わず・腹圧)

排尿時の痛みや違和感 血尿がでた 下腹部の痛みや違和感 腰や背中の痛み

ペニスや睾丸の痛みや腫れ(右・左) 性病の心配がある 精液に血が混ざる

健康診断の精密検査(潜血 タンパク 腎臓機能 PSA その他: \_\_\_\_\_)

性病の検査(自費) ED治療(自費) 男性更年期障害 精液検査(不妊)

おねしょ(夜尿) むくみがある(\_\_\_\_\_)

その他:

その症状はいつ頃からありますか？ 前から

現在治療中の病気がありますか？ なし あり

高血圧 心臓病 糖尿病 脳卒中 緑内障

肝臓病 喘息 認知症 消化器疾患 泌尿器疾患

精神科疾患 その他(\_\_\_\_\_)

今までに大きな病気で治療や手術をしたことがありますか？

なし あり(手術した年月日、どこでどんな手術をしたかご記入下さい)

現在飲んでいるお薬はありますか？ なし あり(薬手帳を提出してください)

薬品名:

食べ物や薬、注射のアレルギーはありますか？ なし あり(\_\_\_\_\_)

現在妊娠中あるいは妊娠の可能性ある、または授乳中ですか？ はい いいえ

★記入が終わりましたら受付に提出して下さい

# おっこの具合チェックシート

よくお読みください  
全面ご記入ください

質問	全くない	割合より少ない	割合より少ない	割合より多い	割合より多い	ほとんどいつも	
どのくらいの割合で次のような症状がありましたか 当てはまる数字に○をつけてください	0	1	2	3	4	5	
この1カ月の間に、尿をしたあとにまだ尿が残っている感じがありましたか	0	1	2	3	4	5	
この1カ月の間に、尿をしてから2時間以内にもう一度しなくてはならないことがありましたか	0	1	2	3	4	5	
この1カ月の間に、尿をしている間に尿が何度もとぎれることがありましたか	0	1	2	3	4	5	
この1カ月の間に、尿をがまんするのが難しいことがありましたか	0	1	2	3	4	5	
この1カ月の間に、尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5	
この1カ月の間に、尿をし始めるためにお腹に力を入れることがありましたか	0	1	2	3	4	5	
この1カ月の間に、夜寝てから朝起きるまでにふたつう回尿をするために起きましたか	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上	
合計 点数	0	1	2	3	4	5	
合計 点数							点

この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、  
当てはまる数字に○をつけてください

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

現在の尿の状態がこのまま変わらずに続くとしたら、どう思いますか

質問	満足	ほぼ満足	なんとか いえない	やや不満	いやだ	とても いやだ
とても満足	0	1	2	3	4	5
合計 点数	6					