

泌尿器科 問診票

受診日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T・S・H	年	月 日 (歳)
現住所	〒		
電話番号	自宅もしくは携帯		
職業		身長	cm 体重 kg

★初診の患者さんへ

尿検査をする場合がありますので、排尿せずにお待ちください。

(トイレに行きたい場合は、スタッフまでお知らせください。)

1. いつからですか？

年 月 日 時頃から

2. 現在お困りの症状についてお聞かせ下さい。

- 尿に血が混じる ・ 尿が出る時に痛みがある ・ 尿の回数が多い ・ 残尿感がある ・ 尿漏れがある
陰部の皮膚の異常 ・ 陰部の異常 (かゆみ・腫れ・痛み) ・ 背中や腰に痛みがある (部位:)
下腹部痛 ・ 健診の再調査 (前立腺がん検診) ・ トイレが我慢できない
PSA が高いと言われた ・ 性病の心配がある (症状ない場合は自費検査となります。)
男性更年期 → **別の問診票**をご記入お願いします。
その他 (具体的に _____)

3. 今までに大きな病気にかかったり、入院や手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい 病名 (_____) 時期 (_____ 頃)

4. 血縁の方にがんの方はいらっしゃいますか？ はい (_____) ・ いいえ

5. 遺伝について相談したい事がありますか？ はい ・ いいえ

6. 現在、ほかの病院や診療所で治療中の病気はありますか？

いいえ ・ はい 内容時期 (_____ 頃)

7. 食べ物、薬、麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはありますか？

いいえ ・ はい 薬品名や症状など (_____)

8. 現在服用中の薬がありますか？

いいえ ・ はい お薬手帳をお出しください 薬品名 (_____)

9. 女性の方のみ。現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

いいえ ・ はい 妊娠 (_____ か月)

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 通りがかり ・ 看板・通院したことがある ・ その他 (_____)

①～⑦の該当する箇所(数字)に○をつけてください

最近の排尿について	なし	あまりない	時々ある	2回以上 1回位	しばしば	ほとんど いつも
① 排尿後、尿がまだ残っている感じがありますか？	0	1	2	3	4	5
② 排尿後、2時間以内に もう一度トイレに行く ことがありますか？	0	1	2	3	4	5
③ 排尿途中に尿が途切れ ることがありますか？	0	1	2	3	4	5
④ 尿意を感じると排尿を 我慢するのがつらいで すか？	0	1	2	3	4	5
⑤ 尿の出る勢いが弱いこ とがありますか？	0	1	2	3	4	5
⑥ 排尿開始時にいきむ 必要がありますか？	0	1	2	3	4	5
⑦ 夜寝てから朝起きるま でに何回ぐらいトイレ に行きますか？ (回数=点数)	0 (0回)	1 (1回)	2 (2回)	3 (3回)	4 (4回)	5 (5回)

①～⑦の合計点数

点

【0-7点:軽症】【8-19点:中等症】【20-35:重症】

現在の排尿状態が今後もずっと続くとしたら、どのよう感じますか？

該当欄(数字)に○をつけてください

大変満足	満足	大体満足	どちらでもない	やや不満	不満	つらい
0	1	2	3	4	5	6

質問1～4の該当する箇所(点数)に○をつけてください

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から寝るまでに、 何回ぐらい排尿しましたか？	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、 何回ぐ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、 我慢が難しいことが どれぐらいありましたか？	なし	0
		週に1回より少ない、	1
		週に1回以上	2
		1日に1回ぐらい	3
		1日2～4回	4
4	急に尿がしたくなり、我慢が できずに尿を漏らすことが どれぐらいありましたか？	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日に1回ぐらい	3
合計点数			点