

# 泌尿器科問診票

ID

令和

年

月

日

ふりがな		性別	男・女		
受診者氏名					
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日生	歳
身長・体重	身長:	cm	体重:	kg	

1. 本日泌尿器科を受診した、最も困っている症状は何ですか？

( )

2. 症状の経過を教えてください。

( )

3. 現在治療中の病気はありますか？ ( ない・ある )

※「ある」の方は以下に記入して下さい。

高血圧・糖尿病・心疾患( )

悪性腫瘍( )・脳血管疾患( )

リウマチ・膠原病・喘息・呼吸器疾患( )

4. 現在医師から処方を受けているお薬はありますか？ ( ない・ある )

※「ある」の方は、お薬手帳を受付に提示するか、お薬の名前を記入して下さい。

( )

5. 過去に手術を受けたことがありますか？ ( ない・ある )

※「ある」の方は病名を記入して下さい。

( )

6. お薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ ( ない・ある )

お薬の名前( )

食べ物( )

7. タバコ(電子タバコ・加熱式タバコを含む)は吸いますか？ ( 吸う・吸わない )

( )本/日 ( )年間

8. その他、医師に質問があれば記入して下さい。

( )

※女性の方のみお答えください※

9. 現在、妊娠中、授乳中、妊娠の可能性がありますか。 ( ない・ある )

妊娠中・授乳中・可能性あり



医療法人いつき会

守山いつき病院

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