

泌尿器科問診票

記入日
令和 年 月 日

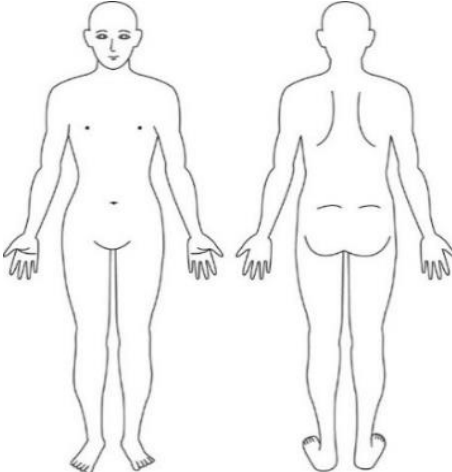
受診 診療科

糖尿病内科
心臓内科
心臓血管外科

内科
呼吸器内科
消化器内科
呼吸器外科
消化器外科
整形外科
形成外科

※上記の診療科以外、
耳鼻咽喉科・頭頸部外科
脳神経外科
脳神経内科
皮膚科
眼科
乳腺外科
泌尿器科
下肢静脈瘤外来
は専用問診票に
ご記載ください。

※受診希望の方は下記太枠内を記入し、受付に提出して下さい。

診察券番号：		生年月日	
フリガナ			
お名前		男 女	年 月 日生 (歳)
職業：	身長	cm,	体重 kg
住所： 〒 -	電話番号：	-	-
	携帯番号：	-	-
緊急連絡先： お名前：	電話番号：	-	-
続柄：			
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。 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			
■いつから、どのような症状がありますか？ いつから： 症状：			
			
・けが ※部位を図に○で囲んでください (通勤中 ・ 工作中 ・ 交通事故)			
■現在治療中、または以前にかかった病気はありますか？ 当てはまるものを○で囲み、治療内容、医療機関名を記入して下さい ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓疾患 ・ その他 ・ 肝 ・ 腎臓病 ・ がん ・ ぜんそく ・ 脳梗塞、脳出血			
■服用中の薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方はご提示ください） ・ なし ・ あり 薬品名：			
■今までに手術の経験はありますか？ ・ なし ・ あり いつ頃： 病名：			
■この一年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか ・ はい ・ いいえ いつ頃：			
指摘事項：			
■薬のアレルギーはありますか？ ・ なし ・ あり ：			
■他にアレルギーはありますか？ ・ なし ・ あり ：			
■たばこ ・ 吸わない ・ 過去に吸っていた ・ 吸う (本/日 年間)			
■アルコール ・ 飲まない ・ 飲む (種類： 1日の量)			
■女性の方へ質問です。 現在妊娠中ですか？当てはまる項目に○をつけてください。 ・ 妊娠中 ・ いいえ ・ わからない (最終月経： 月 日～ 月 日) ・ 授乳中 ・ 閉経 (歳頃)			

—以下職員記入欄—

◆紹介状：無 ・ 有
CD-ROM：無 ・ 有

◆V/Sなど

◆最終飲食日時
月 日
時 分
内容：

◆付き添い

新 患	
登 録 時 間	
受 付 担 当	
看 護 師	
Scan ※するものにシスタック	

Ver.2024.01.01

「症状に関する問診票」

排尿に関する症状で受診される方、
血尿・尿潜血、PSA 高値で受診される方は
お待ちになっている間、
診察前に症状のご記入をお願いします

あなたを診察する際に必要な問診票です。
なるべく全ての質問にお答えください。

- この表紙を含めて、全3ページありますのでご注意ください

お名前 _____

IPSS

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか

	0	1	2	3	4	5
排尿後、尿がまだ残っている感じがしますか？	ない	5 回に 1 回未満	2 回に 1 回未満	2 回に 1 回位	2 回に 1 回以上	ほとんどいつも
排尿後、2 時間以内にもう一度いくことがありますか？	ない	5 回に 1 回未満	2 回に 1 回未満	2 回に 1 回位	2 回に 1 回以上	ほとんどいつも
排尿の途中で尿が途切れることがありますか？	ない	5 回に 1 回未満	2 回に 1 回未満	2 回に 1 回位	2 回に 1 回以上	ほとんどいつも
尿をがまんするのが難しいことがありましたか？	ない	5 回に 1 回未満	2 回に 1 回未満	2 回に 1 回位	2 回に 1 回以上	ほとんどいつも
排尿の勢いが弱いことがありますか？	ない	5 回に 1 回未満	2 回に 1 回未満	2 回に 1 回位	2 回に 1 回以上	ほとんどいつも
排尿を始める時、いきむ必要がありますか？	ない	5 回に 1 回未満	2 回に 1 回未満	2 回に 1 回位	2 回に 1 回以上	ほとんどいつも
夜寝てから朝起きるまでに、排尿のために何回起きますか？	0 回	1 回	2 回	3 回	4 回	5 回以上

OABSS

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。あなたの状態にもっとも近いものを、ひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んで下さい。

質問	症状	点数	頻度
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？	0	7 回以下
		1	8～14 回
		2	15 回以上
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	0 回
		1	1 回
		2	2 回
		3	3 回以上
3	急に尿がしたくなり、我慢が難しいことがありましたか？	0	なし
		1	週に 1 回より少ない
		2	週に 1 回以上
		3	1 日に 1 回くらい
		4	1 日 2～4 回
4	急に尿がしたくなり、我慢できずに尿をもらすことがありましたか？	5	1 日 5 回以上
		0	なし
		1	週に 1 回より少ない
		2	週に 1 回以上
		3	1 日に 1 回くらい
		4	1 日 2～4 回
		5	1 日 5 回以上

下部尿路症状質問票

この 1 週間の状態にあてはまる回答を **1 つだけ** 選んで、数字に○をつけて下さい。

何回くらい、尿をしましたか

1	朝起きてから寝るまで	0	1	2	3
		7 回以下	8～9 回	10～14 回	15 回以上
2	夜寝ている間	0	1	2	3
		0 回	1 回	2～3 回	4 回以上

以下の症状が、どれくらいの頻度でありましたか

		なし	たまに	時々	いつも
3	我慢できないくらい、尿がしたくなる	0	1	2	3
4	我慢できずに、尿がもれる	0	1	2	3
5	セキ・クシャミ・運動の時に、尿がもれる	0	1	2	3
6	尿の勢いが弱い	0	1	2	3
7	尿をするときに、お腹に力を入れる	0	1	2	3
8	尿をした後に、まだ残っている感じがする	0	1	2	3
9	膀胱（下腹部）に痛みがある	0	1	2	3
10	尿道に痛みがある	0	1	2	3

1 から 10 の症状のうち、困る症状を **3 つ以内** で選んで番号に丸をつけてください

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0 該当なし
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

上で選んだ症状のうち、もっとも困る症状の番号に丸をつけてください (**1 つだけ**)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0 該当なし
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

現在の排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？

0	1	2	3	4	5	6
とても満足	満足	やや満足	どちらでもない	気が重い	いやだ	とてもいやだ

ご記入ありがとうございました。