

初診問診票

フリガナ

氏名 _____

性別 (男 ・ 女)

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

年齢 () 才

住所 〒

電話番号 (— —)

● いつから、どこが、どのように具合が悪いですか？

● 今までにかかった病気や受けた手術はありますか？

高血圧 (才) 糖尿病 (才) 高脂血症 (才)
脳梗塞 (才) 心筋梗塞 (才) 心不全 (才)
緑内障 (才) 結核 (才) 高尿酸血症 (才)
その他 (才)

● 泌尿器の病気にかかったことはありますか？

尿路結石 (才) 前立腺肥大 (才) 腎機能障害 (才)
腎盂腎炎 (才) 過活動膀胱 (才) 膀胱炎 (才)

● 現在、他の医療機関で治療を受けていますか？服用中の薬があればご記入ください。
お薬手帳がある方は御提示いただければ、記入は不要です。

医療機関名：

治療中の病気：

服用中の薬

● アレルギーがあれば記入してください。

● 性行為感染症の可能性はありますか？ (いいえ・はい：いつ頃)

* 男性の方へ PSA (前立腺癌の腫瘍マーカー) を測定したことがありますか？
(いいえ・はい：いつ頃)

* 女性の方へ 妊娠/授乳中の方は、診断や治療に影響しますので、必ずご記入ください。

妊娠中ですか？ (いいえ・可能性は否定できない・はい：予定日)

授乳中ですか？ (いいえ・はい)

婦人科疾患はありますか？ (いいえ・はい)

ご記入されましたら、スタッフにお渡しください。

せせらぎ泌尿器科診療所

排尿障害問診票

International Prostate Symptom Score (I-PSS)

この1ヶ月の間にどれくらいの割合で次のような症状がありましたか	全くない	5回に1回より少ない	2回に1回より少ない	2回に1回の割合くらい	2回に1回より多い	ほとんどいつも
1 尿をした後にまだ尿が残ってる感じがありましたか	0	1	2	3	4	5
2 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
3 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
4 尿を我慢するのが難しいことがありましたか	0	1	2	3	4	5
5 尿の勢いが弱いことはありましたか	0	1	2	3	4	5
6 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
7 夜寝てから朝起きるまでに、ふつう何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

計

Quality of Life due to Urinary Symptoms.

	とても満足	満足	ほぼ満足	なんとも いえない	やや不満	不満	とてもいやだ
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？	0	1	2	3	4	5	6

計

前立腺肥大症による影響指数 (BPH impact index)

生活への影響度	ない	少しある	ある	非常にある	
1 最近1ヶ月間、排尿の状態が原因で体に不快感がありましたか	0	1	2	3	
2 最近1ヶ月間、排尿の状態が原因で健康に不安を感じるがありましたか	0	1	2	3	
3 最近1ヶ月間、排尿の状態が原因で困ることがありましたか	0	1	2	3	
4 排尿の状態が原因でどのくらいの時間、日常生活に支障をきたしていましたか	ない	たまに	時々	しばしば	いつも
	0	1	2	3	4

計

排尿障害問診票

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。

この1週間のあなたの状態にもっとも近いものを、一つだけ選んで

点数の数字を○で囲んで下さい。

OverActive Bladder Symptom Score (OABSS)

質問	症状	点数	頻度
1	朝起きたときから寝る時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1回くらい
		4	1日2~4回
		5	1日5回以上
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。	0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
		4	1日2~4回
		5	1日5回以上

計