

# 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

【 IPSS 】 過去1ヶ月間で、	まったく 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	ときどき 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
残尿感： おしっこをした後に、まだ残っている感じがありましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
昼間頻尿： おしっこをして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？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
尿線途絶： おしっこをしている間に、 何度も途切れることがありましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
尿意切迫： おしっこを我慢するのが難しいことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
尿勢低下： おしっこの勢いが弱いことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
膣圧排尿： おしっこを出す時、 おなかに力を入れることがありましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	0回	1回	2回	3回	4回	5回 以上
夜間頻尿： 夜寝てから朝起きるまでに、 何回おしっこをするために起きましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

【 QOL 】	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 不 満
現在のおしっこの状態が、 このまま変わらずに続くとしたら どう思いますか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

【 OABSS 】	7回 以下	8~14 回	15回 以上	せせらぎ 泌尿器科診療所						
昼間頻尿： 朝起きた時から寝る時まで、 何回くらいおしっこをしましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	0回	1回	2回	3回 以上			
夜間頻尿： 夜寝てから朝起きるまでに、 何回くらいおしっこをするために起きましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	なし	週に1回 未満	週に1回 以上	1日1回 くらい	1日 2~4回	1日5回 以上
尿意切迫： 急におしっこがしたくなり、 我慢が難しいことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5				
切迫性失禁： 急におしっこがしたくなり、 我慢ができずにおしっこをもらすことがありましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5				