

泌尿器科問診表

名前 _____ 歳 男・女

身長 _____ cm、体重 _____ kg

尿を貯めての検査が必要な場合がありますので、診察前にできるだけ尿をしないでお待ちください。我慢できない方は、受付にお申し出下さい。

1. 本日受診の目的は何ですか。(例：いつから、どこが、どうなった?)

2. こんな症状はありませんか?

- ・ 痛みがある (はい ・ いいえ)
はいと答えた方 どこが痛いですか? ()
- ・ 尿に血が混じる (はい ・ いいえ)
- ・ 尿が出にくい (はい ・ いいえ)
- ・ 尿が漏れる (はい ・ いいえ)

3. 現在、病院、医院などにかかっていますか。

- ・ いいえ
- ・ はい 病名 _____ 病院 (医院) _____

4. 最近がん検診を受けられましたか?

- ・ いいえ
 - ・ はい
- *はい と答えた方 それはいつぐらいですか? ()

下記のどのような検診を受けられましたか?

(胃 ・ 大腸 ・ 肺 ・ 婦人科関係 ・ 乳腺 ・ 前立腺 ・ その他 _____)

5. 現在飲んでいる薬はありますか。

- ・ いいえ
- ・ はい どのような薬ですか _____

★ お薬手帳・薬剤説明書などがある方は提出してください★

6. 今までに手術・入院したことがありますか。

- ・ ない
- ・ ある

(何歳の時どんな病気でしたか) _____

7. 血縁の方 (両親・祖父母・兄弟姉妹) に下記の病気の方はありますか?

がん (どこの 誰が) (どこの 誰が) (どこの 誰が)
心臓病 () 肝臓病 () 腎臓病 () 高血圧 ()
糖尿病 () 高脂血症 () 痛風 ()
その他 ()

8. たばこは吸われますか？

- いいえ
- はい 紙巻きタバコ (1日使用数: 本 / × 年)
加熱式タバコ (種類:) (1日使用数: 本 / × 年)
電子タバコの使用 (有・無)
- やめた 禁煙状況 (年前、 ヶ月前、 日前、 から禁煙)
- *同居をしている方で、喫煙している方はみえますか？
- はい (喫煙者の続柄:)
- いいえ

9. お酒は飲まれますか？

- ・いいえ
- ・はい (下記に○をつけてください)
- ・毎日 ・時々 (どれくらいの頻度ですか?)
- 日本酒 合 ビール (大) 本 ウイスキー 杯 チューハイ 杯

10. 前もって話しておきたいことがあれば記入してください。

.....

11. (女性のみ) 妊娠していますか？

- ・いいえ ・はい

12. 当科では、癌であった場合もご本人に告知することを原則としております。

- ・告知を希望する ・告知を希望しない

.....

13. 過去6ヶ月以内に海外渡航歴はありますか。それはどこですか。

ない

ある 場所 _____

14. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

- ・いいえ ・はい

15. 他の医療機関からの紹介状はありますか？

- ・いいえ ・はい (医療機関名:)

16. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診していますか？

- ・いいえ ・はい (受診時期: 指摘事項:)

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。

おしっこの具合チェックシート

おしっこの具合チェックシート

氏名： _____

この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、
あてはまる数字に○をつけてください

質問	全くない	割合より少ない 5回に1回の より少ない	2回に1回の割合 割合くらい	2回に1回の割合 割合より多い	2回に1回の割合 割合より多い	ほとんどいつも
どのくらいの割合で次のような症状がありましたか あてはまる数字に○をつけてください						
この1か月の間に、尿をしたあとにまだ尿が残っている感じがありましたか	0	1	2	3	4	5
この1か月の間に、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
この1か月の間に、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
この1か月の間に、尿をがまんするのが難しいことがありましたか	0	1	2	3	4	5
この1か月の間に、尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5
この1か月の間に、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
この1か月の間に、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回以上
	0	1	2	3	4	5

合計点数が8点以上の方、また点数が低くても症状に不満や不安を抱えている方は、この質問票を医師に見せて相談しましょう

合計	
点数	点

質問

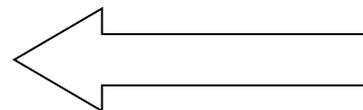
現在の尿の状態が
このまま変わらずに
続くとしたら、どう思いますか

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

質問	症状	点数	頻度
質問1	朝起きてから寝る時まで、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
質問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
質問3	急に尿がしたくなり、がまん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
質問4	急に尿がしたくなり、がまんでせ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		

質問3の点数が2点以上、合計点数が3点以上の方は医師に相談してみましょう

合計	
点数	点



こちらの質問にもお答えください