

問診票（泌尿器科）

フリガナ
氏名

年齢 歳(男・女)

受診日 年 月 日

1	<p>マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>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。</p> </div>
2	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
3	<p>本日はどうされましたか？</p>
4	<p>その症状はいつごろから始まりましたか？</p> <p>年 月 日ごろから</p>
5	<p>今までに大きな病気をされたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>泌尿器科の病気（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>脳血管障害 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>
6	<p>現在内服中のお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（ ）</p>
7	<p>嗜好品はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>酒（ ） <input type="checkbox"/>タバコ（1日 本・年間） <input type="checkbox"/>酒もタバコもやらない</p>
8	<p>今までに薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 薬（ ） 食べ物（ ）</p>
9	<p>この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 時期（ ） 指摘事項（ ）</p>
10	<p>現在施設に入所中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（施設名： ）</p>
11	<p>女性の方のみお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（ ）週 ● 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい

排尿困難・頻尿・残尿感などの症状の方は裏面のスコア表にもご記入ください。

国際前立腺症状スコア (I-PSS)

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回の 割合より 少ない	2回に 1回の 割合より 少ない	2回に 1回の 割合 くらい	2回に 1回の 割合より 多い	ほとんど いつも
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点	1点	2点	3点	4点	5点
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点	1点	2点	3点	4点	5点
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点	1点	2点	3点	4点	5点
この1か月の間に、尿を我慢するのが 難しいことがありましたか	0点	1点	2点	3点	4点	5点
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点	1点	2点	3点	4点	5点
この1か月の間に、尿をし始めるためにおなかに 力を入れることがありましたか	0点	1点	2点	3点	4点	5点
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
	0点	1点	2点	3点	4点	5点

合計 点

QOL スコア

	とても 満足	満足	ほぼ満足	なんとも いけない	やや不満	いやだ	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点	1点	2点	3点	4点	5点	6点

合計 点