

ID _____

問診票（女性）

202 年 月 日

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____ Tel _____ - () - _____

身長 _____ cm 体重 _____ Kg 職業 _____ 緊急連絡先(携帯等) _____ - () - _____

1. 既婚、未婚（性経験：有・無）
2. 今日はどうされましたか？ いつから、どのような症状がありますか？

3. 排尿の異常 有 ・ 無
血尿 有（自分で気付いた、検査でわかった）・無
排尿回数 起きている時 _____ 回、夜寝てから _____ 回
排尿時の痛み 有（初期、排尿中、終末時） ・ 無
尿が出にくい 有 ・ 無 ・ 出ない
残尿感 有 ・ 無
尿漏れ 有 ・ 無
その他 (_____)
4. 痛みがありますか？ 有 ・ 無
部位(腹部、腰部、その他: _____)
程度(激痛、鈍い、時々、続く、その他: _____)
5. 発熱 有 (_____ °C) ・ 無
6. その他に受診された理由があればお書き下さい
(_____)
7. アレルギー体質または特異体質 有 ・ 無
薬 (_____)、食物 (_____) その他 (_____)
8. いま妊娠していますか？ はい ・ いいえ ・ わからない
最終月経日 _____ 月 _____ 日 ・ 閉経後
いままでに 妊娠 _____ 回、お産 _____ 回
9. 今までに病気で治療を受けたり、手術を受けたことがありますか？
また、現在治療中の病気がありますか？ 有 ・ 無
脳卒中、高血圧、心臓病、肝臓病、腎臓病、胃腸病、糖尿病、喘息、
緑内障、甲状腺、尿路結石、膀胱、前立腺、皮膚病、神経病、結核
その他: _____
手術歴: _____ 内服中のお薬(あれば): _____
10. 当院をどこでお知りになりましたか？
インターネット、タウンページ（電話帳）、駅の看板、御家族・御親戚、
紹介（御紹介者名: _____）、その他 (_____)
11. 最後に、どのような診療・治療を希望されますか？
() 期間はかかってもしっかりと治す () 必要最低限の治療
() しっかり検査をして状態を知りたい () 医師に治療方針は任せる

ありがとうございました。これらの事項は秘密厳守致します

①～⑦の該当する箇所（数字）に○をつけてください

最近の排尿について		なし	あまりない	時々ある	2回に1回位	しばしば	ほとんどいつも
①	排尿後、尿がまだ残っている感じがありますか？	0	1	2	3	4	5
②	排尿後、2時間以内にもう一度トイレに行くことがありますか？	0	1	2	3	4	5
③	排尿途中で尿が途切れることがありますか？	0	1	2	3	4	5
④	尿意を感じると排尿を我慢するのがつらいですか？	0	1	2	3	4	5
⑤	尿の出る勢いが弱いことがありますか？	0	1	2	3	4	5
⑥	排尿開始時にいきむ必要がありますか？	0	1	2	3	4	5
⑦	夜寝てから朝起きるまでに何回ぐらいトイレに行きますか？ (回数=点数)	0 (0回)	1 (1回)	2 (2回)	3 (3回)	4 (4回)	5 (5回)

①～⑦の合計点数 点

【0-7点:軽症】【8-19点:中等症】【20-35:重症】

現在の排尿状態が今後ずっと続くとしたら、どのように感じますか？

該当欄（数字）に○をつけてください

大変満足	満足	大体満足	どちらでもない	やや不満	不満	つらい
0	1	2	3	4	5	6

質問1～4の該当する箇所（点数）に○をつけてください

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から寝るまでに、何回くらい排尿しましたか？	7回以下	0
		8～14回	1
		15回以上	2
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回	0
		1回	1
		2回	2
		3回以上	3
3	急に尿がしたくなり、我慢が難しいことがどれくらいありましたか？	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日に1回くらい	3
		1日2～4回	4
		1日5回以上	5
4	急に尿がしたくなり、我慢ができずに尿を漏らすことがどれくらいありましたか？	なし	0
		週に1回より少ない	1
		週に1回以上	2
		1日に1回くらい	3
		1日2～4回	4
		1日5回以上	5
		合計点数	点