

ID _____

問診票（女性）

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 _____

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、どの様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

いままでに 妊娠 _____ 回、お産 _____ 回

9. 今までに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？
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、婦人科疾患、皮膚病、結核、神経病、尿路結石、膀胱
その他： _____

現在内服中のお薬（あれば）： _____

手術： _____

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 (_____)

①～⑦の該当する箇所に○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	排尿を我慢するのがつらいですか？	0	1	2	3	4	5
⑤	排尿の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	就寝中に平均して何回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】

今のままで状態がずっと続くとしたら、満足ですか？
該当欄の下に○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（頻度）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