

問 診 票

記入後はスタッフにお渡し下さい。

★診察によって尿検査をする場合があります。排尿せずにお待ちください。
(トイレに行きたい場合は、スタッフまでお知らせください。)

IDNo : _____

受診日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ 氏名：	(男・女)	大・昭・平	年	月	日生	才
職業：	身長：	cm	体重：	kg	体温：	℃
住所	〒					
TEL (自宅)	(携帯)					

1. 本日、受診を希望される理由についてお聞かせ下さい。

あてはまる受診理由もしくは、症状に○をつけて下さい。

- ・ 睪丸の症状 (痛み・腫れ) ・ セキ ・ タン ・ 鼻水、鼻づまり ・ ノドの痛み ・ 発熱 ・ 腹痛
- ・ ノドがかわく ・ 水様下痢、血性下痢 ・ 頭痛 ・ 息が苦しい ・ 全身がだるい ・ 微熱が続く
- ・ 尿潜血、尿たんぱく ・ 血尿 (赤い尿が出た) ・ 排尿時の痛み ・ おねしょ
- ・ 健康診断の精査 (※持参された検診結果は受付へお出しください) ・ 尿管結石 (疑い)
- ・ 残尿感 ・ 頻尿 ・ 尿が出にくい、勢いが悪い ・ 尿失禁 (尿が漏れる)
- ・ 尿量が多い ・ 尿量が少ない

※枠内に○のついた方は3枚目もご記入ください。

- ・ 性器の異常 (包茎) ・ ED：男性機能の異常 ・ 男性更年期障害 ・ 痛み (部位：腰部・下腹部・陰のう部・陰莖部・その他) ・ がんの検査希望 (前立腺がん etc) ・ その他 ()
- それは、いつ頃からみられますか。 ()

2. 今までにかかった病気を○で囲んでください。またそれはいつ頃 (何歳ごろ) ですか。

高血圧 (_____ 歳頃) 腎臓病 (_____ 歳頃) 糖尿病 (_____ 歳頃)
心臓病 (_____ 歳頃) 肝臓病 (_____ 歳頃) 胃潰瘍 (_____ 歳頃)
喘息 (_____ 歳頃) その他 (病名 _____) (_____ 歳頃)

3. 今までに手術を受けたことがありますか。 (はい・いいえ)

「はい」の方・・・ (いつ： _____ 何の手術： _____)
(いつ： _____ 何の手術： _____)

4. 現在服用している薬がありましたらお薬手帳をご提出ください。

※手帳がない場合は薬名を記入してください

()

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方・・・アレルギーを起こした薬・食べ物の名前()

6. 嗜好品についてお答え下さい。

お酒 飲まない ・ 飲む(1日に _____ をどれくらい _____)

たばこ 吸わない ・ 吸う(1日に _____ 本)

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中及び妊娠の可能性はありますか。(はい・いいえ)

授乳中ですか。(はい・いいえ)

妊活中ですか。(はい・いいえ)

月経 (順調・不順) 最終月経:(月 日 ~ 月 日)

★ 問診は以上です。直近3ヵ月の間に受けた健康診断や血液検査等の結果をお持ちの場合は、この問診票と一緒に受付へご提出ください。

Y2108

ご来院アンケート



山田泌尿器科クリニック

※こちらは任意でご記入ご協力をお願いします。

本日当院にご来院いただいたきっかけをお教えてください。

あてはまるものに○、あてはまるものがない場合は()内にご記入ください。

- ・通りがかりで当院を知った
- ・電柱広告を見て知った
- ・近所にクリニックがある
- ・野立て看板 ※下記の場所より看板の場所を教えてください。
(第二産業道路交差点ラーメン屋上 ・ 東浦和駅前 ・ グリーンゴルフ前交差点 ・ 国道463号線沿い)
- ・他の方からの紹介で知った
- ・家族が来院されているから
- ・他院からの紹介
- ・インターネット検索で当院のホームページを見た
- ・インターネット広告
- ・病院ナビ検索
- ・その他()

排尿症状質問票

記入後はスタッフにお渡し下さい。

どのくらいの割合で 次のような症状がありましたか あてはまる欄に○をつけてください	全 く な い	割 合 よ り 少 な い 5 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 2 回 に 1 回 の	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						
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						
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						
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						
この1か月の間に、尿の勢いが弱いことが ありましたか						
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						
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

I P S S (国際前立腺症状スコア)

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、
あてはまる欄に○をつけてください

症状	欄	頻度
朝起きた時から寝る時まで、 何回くらい尿をしましたか		7回以下
		8~14回
		15回以上
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
		1回
		2回
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		3回以上
		なし
		週に1回より少ない
		週に一回以上
急に尿がしたくなり、 がまんできずに 尿をもらすことがありましたか		1日1回くらい
		1日2~4回
		1日5回以上
		なし
		週に1回より少ない
急に尿がしたくなり、 がまんできずに 尿をもらすことがありましたか		週に一回以上
		1日1回くらい
		1日2~4回
		1日5回以上

O A B S S (過活動膀胱症状スコア)

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
あてはまる欄に○をつけてください

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

Q O L S (生活の質スコア)