

ID :

記入日 年 月 日

## 泌尿器科むかいクリニック 問診票

ふりがな お名前	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( ) 歳 男・女
〒 - 電話番号	- - (自宅・携帯)
ご住所	

- \* お名前でお呼びしてよろしいですか?  はい  いいえ
1. 紹介状はお持ちですか?  はい  いいえ
2. メンズクリニック\*・禁煙外来のご希望ですか?  はい  いいえ  
(\*ED:勃起不全症、\*AGA:男性型脱毛症、\*男性更年期、\*自費診療ドック、禁煙外来)
- ☆上記に該当する方は、それぞれの問診票があります。○丸で囲み、受付にお申し出ください。
3. どのような症状が出ていますか? (該当箇所に  チェックしてください・複数可)
- 残尿感がある  尿の回数が多い  尿が出にくい  尿が漏れる  
 尿を我慢できない  尿の勢いが弱い  尿に血が混じる  尿を出すと痛む  
 尿道から膿が出る  精巣(睾丸)が腫れている  健診などで異常を指摘された  
 STD(性行為感染症)が心配  その他(具体的に: )
- ♣上の症状に該当する方は、2~3枚目の症状スコア(LUTSS・OABSS)もご記入ください。
4. その症状はいつ頃からですか? ( ) 頃から)
5. 普段服用している薬、サプリメントなどはありますか?  
 ない  ある ( )
6. 現在、治療中の病気はありますか?  
 ない  ある ( 糖尿病  ぜんそく  心臓病  高血圧  肝臓病  腎臓病  
 緑内障  その他 )
7. 今までに手術を受けたことはありますか?  
 ない  ある ( )
8. タバコは吸いますか?  
 吸ったことがない  過去に吸っていた(1日 本・ 年間)  
 現在吸っている(1日 本・ 年間)
9. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか?  
 ない  ある (何に 症状は )
10. \*女性の方にお尋ねします。  
妊娠の可能性はありますか?  ない  ある  
現在授乳中ですか?  いいえ  はい
11. 当院をどのようにお知りになりましたか? (該当箇所に、 チェックしてください・複数可)
- 家族が通院中もしくは以前通院していた(お名前: )  
 友人・知人の紹介やすすめ(お名前: )  インターネットを見て  
 看板を見て  家から近い  職場から近い  診療曜日・時間の都合がよいから  
 泌尿器科学会専門医・指導医・がん治療認定医・医学博士がいると聞いたから  
 生活指導やサプリメントなど、くすり以外での治療法も相談できると聞いたから  
 その他 ( )

ID:

お名前

## LUTSS (下部尿路症状スコア)

記入日

年

月

日

どのくらいの割合で次の症状はありますか？	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ヶ月の間に、尿をした後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ヶ月の間に、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ヶ月の間に、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ヶ月の間に、尿を我慢するのが難しいことがありましたか？	0	1	2	3	4	5
この1ヶ月の間に、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ヶ月の間に、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
	0回	1回	2回	3回	4回	5回
この1ヶ月の間に、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	1	2	3	4	5

合計 \_\_\_\_\_ 点

	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
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	1	2	3	4	5	6

QOL スコア \_\_\_\_\_ 点

泌尿器科むかいクリニック

ID:

名前:

記入日

年

月

日

## OABSS (過活動膀胱チェックシート)

朝起きた時から寝る時までに、 何回くらい尿をしましたか？	7回以下	0
	8回~14回	1
	15回以上	2
夜寝てから朝起きるまでに、 何回くらい尿をするため起きましたか？	0回	0
	1回	1
	2回	2
	3回以上	3
急に尿がしたくなり、我慢が難しいことが 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1回くらい	3
	1日2~4回	4
	1日5回以上	5
急に尿がしたくなり、我慢できずに 尿をもらすことがありましたか？	なし	0
	週に1回より少ない	1
	週に1回以上	2
	1日1回くらい	3
	1日2~4回	4
	1日5回以上	5

合計点数 \_\_\_\_\_