

# 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 | 本日はどうされましたか？  |
| 2 | その症状はいつごろから始まりましたか？<br>年 月 日ごろから  |
| 3 | 今までに大きな病気をされたことはありますか？<br><input type="checkbox"/> 泌尿器科の病気（ ）<br><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<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 4 | 現在内服中のお薬はありますか？<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ ）  |
| 5 | 嗜好品はありますか？<br><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  |
| 6 | 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？<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬（ ） 食べ物（ ）   |
| 7 | 現在施設に入所中ですか？<br><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（施設名： ）   |
| 8 | 女性の方のみお答えください。<br>● 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい<br>● 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。

医療法人社団 桐光会 調布病院

### 国際前立腺症状スコア (I-PSS)

| どれくらいの割合で<br>次のような症状がありましたか                  | 全くない | 5回に<br>1回の<br>割合より<br>少ない | 2回に<br>1回の<br>割合より<br>少ない | 2回に<br>1回の<br>割合<br>くらい | 2回に<br>1回の<br>割合より<br>多い | ほとんど<br>いつも |
|--|------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| この1か月の間に、尿をしたあとに<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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、<br>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<br>満足 | 満足 | ほぼ満足 | なんとも<br>いけない | やや不満 | いやだ | とても<br>いやだ |
|-------------------------------------|-----------|----|------|--------------|------|-----|------------|
| 現在の尿の状態がこのまま変わらずに<br>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