

ID ()

村上記念病院

泌尿器科

氏名	年齢	身長	体重
	歳	cm	kg

《診察前に尿検査をお願いします》
コップをお渡しするまで
排尿せずお待ちください

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（ はい ・ いいえ ）

他の医療機関から紹介状はお持ちですか？（ はい ・ いいえ ）

この1年間で特定健診及び高齢者健診を受けましたか？（ はい ・ いいえ ）

健診時期（ 年 月 ） 指導事項 _____

◎ 本日の体温を教えてください（ _____℃）

● 症状はいつからですか？

☐ 日前～ ☐ か月前～ ☐ 年前～

● 当てはまる症状に☑を入れて下さい

☐ 尿に血が混じっている ☐ 排尿後に残尿感がある ☐ 尿が濁っている(透明ではない)

☐ 排尿に時間がかかる ☐ 排尿時に痛みがある ☐ 尿の勢いが弱い

☐ 尿が出にくい(排尿困難) ☐ 脇腹の痛み（ 右 ・ 左 ）

☐ 尿の回数が多い 排尿回数・・・（朝起きてから、寝るまで： _____回）

（夜寝てから、起きるまで： _____回）

☐ 尿失禁（トイレに間に合わない ・ 咳をすると漏れる ・ 知らないうちに漏れる ・ 排尿後に漏れる _____）

☐ 健診で異常を指摘された（尿潜血 ・ 腎機能 ・ PSA ・ その他： _____）

☐ 性感染症が心配（膿が出る ・ 性器がかゆい ・ ぶつぶつができていて、
その他： _____）

☐ 精子に血が混じる ☐ おねしょの相談 ☐ 勃起障害(ED)の相談

☐ その他（ _____）

● 今までかかった病気、あるいは現在治療中の病気がありますか？

☐ 高血圧（ _____歳） ☐ 糖尿病（ _____歳） ☐ 高脂血症（ _____歳）

☐ 高尿酸値血症（ _____歳） ☐ 狭心症・心筋梗塞（ _____歳） ☐ 悪性腫瘍（ _____歳）

☐ 脳梗塞（ _____歳） ☐ 脳出血（ _____歳） ☐ 泌尿器科の病気

☐ 緑内障（ _____歳） ☐ 喘息（ _____歳）

☐ その他（ _____）

● 手術をしたことがありますか？

☐ ない ☐ ある

（いつ： _____ 病名： _____ 医療機関名： _____）

● 薬や食物のアレルギーはありますか？

☐ ない ☐ ある（ _____）

● タバコは吸っていますか？ ☐ いいえ ☐ はい（1日 _____ 本/ _____ 年間）

● 現在、妊娠の可能性はありますか？ ☐ いいえ ☐ はい ☐ 不明

● 他院に通院されていますか？

☐ いいえ ☐ はい（医療機関名： _____）

※お薬手帳を持参されている方は、泌尿器科に提出してください

⇒うらへ 続きあります

No. _____

氏名 _____

/ 年 月 日 ()

排尿チェックシート

あなたの「おしっこ」の状態について、おうかがいします。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

質問	症状	頻度	点数
1	 朝起きた時から 寝る時までに、 何回 くらい おしっこをしましたか	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 くらいおしっこを 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	 急におしっこが 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
4	 急におしっこが したくなり、 我慢できずにおしっこを 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

症状の程度

3～5点

軽症

6～11点

中等症

12～15点

重症

○をつけた数値を
合計してください

点