

カルテID

新規受診申込書

令和 年 月 日

<フリガナ>

<氏名>

<性別> 男 ・ 女

<生年月日> 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)

<住所> 〒

都 道
府 県

市 郡

<電話番号> ()

<連絡先>

携帯・会社等 ()

マイナ保険証を利用されましたか？ (はい ・ いいえ)

医療証お持ちの方は(マイナ保険証には反映されませんので)必ずご提出下さい。
ご提出されない場合は保険証の負担割合のみで窓口請求させていただきます。

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

<泌尿器科問診票>

カルテID クリニック記入

令和____年____月____日

問診票の記入が済みましたら、排尿はせずにお待ち下さい。紹介状や検査結果データがある方は忘れずに受付にお出してください。

フリガナ

氏名 _____ (男、女) _____ 歳 職業 _____

1. どのようなご症状でお困りですか？☐ご症状無し（来院理由 _____ ⇒質問4へ進む☐健診や他院からご紹介紹介内容（☐PSAが高い ☐尿に血が混じっている ☐その他 _____）☐尿の出が悪い ☐残尿感がある☐尿の回数が多い（起床～就寝まで _____ 回）（就寝～起床まで _____ 回）☐血尿が出る ☐尿が濁っている ☐尿をする時痛みがある ☐尿がもれる☐尿道の先から分泌物が出る ☐その他の症状（ _____ ）☐痛みがある（部位 _____ ） ☐かゆみがある（部位 _____ ）

2. ご症状はいつ頃からですか？

☐2～3日前から ☐1週間前から ☐半月前から ☐1ヶ月前 ☐その他（ _____ ）から

3. 上記の症状が現れてから今日までで当院以外の病院を受診されましたか？（はい、いいえ）

「はい」と答えた方は病院名をお書きください

病院名（ _____ ） ☐ その病院は現在も通院中 ☐通院していない4. 手術を受けたことがありますか？（はい、いいえ） ※今まで受けた事のある手術を全て記入

「はい」と答えた方はいつ頃、何の手術を受けられたかお書きください

5. 血縁のご家族様に次の病気がありますか？（はい、いいえ、わからない）

☐前立腺癌 ☐前立腺肥大 ☐腎・膀胱の病気 ☐その他（ _____ ）

6. 次の病気を医師に指摘されたり、現在も治療中のものがありますか？（はい、いいえ）

☐喘息 ☐肺結核 ☐高血圧 ☐心臓病 ☐糖尿病 ☐肝臓病 ☐脳卒中☐リウマチ ☐性病 ☐尿路結石 ☐その他（ _____ ）

現在治療中の病気がある場合→病院・クリニック名（ _____ ）

7. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診されましたか？（はい、いいえ、不明）

8. お薬は現在服用中ですか？（はい、いいえ） ★薬手帳持参の方は提出して下さい。

「はい」と答えた方は、何のお薬かわかる範囲でお答えください

9. サプリメントを服用していますか？（はい、いいえ）

10. アレルギー症状が出たことがありますか？（はい、いいえ）

☐薬（ _____ ） ☐食物（ _____ ） ☐その他（ _____ ） ☐造影剤 ☐花粉症

11. 煙草は吸いますか？

（現在喫煙中、今は吸わないが過去に喫煙歴あり _____ 歳～ _____ 歳頃、吸わない）

12. お酒は飲みますか？（はい、いいえ）

13. 女性の方で 今、妊娠又は授乳中ですか？（はい、いいえ、わからない）

14. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

☐紹介（ご紹介先病院名 _____ ）ご紹介患者様名（ _____ ）☐ホームページ ☐検索サイト ☐看板 ☐通りがかり ☐その他（ _____ ）

問診票

年	月	日	氏名	カルテ番号
---	---	---	----	-------

最近6ヵ月で、該当するところに○をつけてください。

1	勃起してそれを維持する自信はどの程度ありましたか		非常に低い 1	低い 2	中くらい 3	高い 4	非常に高い 5
2	性的刺激によって勃起した時、どれくらいの頻度で挿入可能な硬さになりましたか	性的刺激はなかった 0	ほとんど、又は全くならなかった 1	たまになった(半分よりかなり低い頻度) 2	時々なった(ほぼ半分の頻度) 3	しばしばなった(半分よりかなり高い頻度) 4	ほぼいつも、又はいつもなった 5
3	性交の際、挿入後にどれくらいの頻度で勃起を維持できましたか	性交を試みなかった 0	ほとんど、又は全く維持できなかった 1	たまに維持できた(半分よりかなり低い頻度) 2	時々維持できた(ほぼ半分の頻度) 3	しばしば維持できた(半分よりかなり高い頻度) 4	ほぼいつも、又はいつも維持できた 5
4	性交の際、性交を終了するまで勃起を維持するのはどれくらい困難でしたか	性交を試みなかった 0	極めて困難だった 1	とても困難だった 2	困難だった 3	やや困難だった 4	困難でなかった 5
5	性交を試みた時、どれくらいの頻度で性交に満足できましたか	性交を試みなかった 0	ほとんど、又は全く満足できなかった 1	たまに満足できた(半分よりかなり低い頻度) 2	時々満足できた(ほぼ半分の頻度) 3	しばしば満足できた(半分よりかなり高い頻度) 4	ほぼいつも、又はいつも満足できた 5

合計点数 点

木元康介ほか：日性会誌 24：295, 2009

次に以下の質問にお答えください。

勃起障害の診療には保険がきかないことをご存じですか	はい	いいえ
いつから勃起の調子が悪いですか	(	)
特別なきっかけがありますか	はい	いいえ
早朝の勃起はありますか	はい	いいえ
射精は可能ですか	はい	いいえ
身長、体重を教えてください	身長(	cm) 体重(
タバコは一日に何本吸いますか	(	本)
過去にタバコを吸っていた方もお答えください	(	年)
タバコは何年間吸い続けていますか	(	年)
お酒は飲めますか	はい	いいえ
最近、憂うつな気分、考えがまとまらない、意欲が低下していると思うようなことはありますか	はい	いいえ
心臓が悪いといわれたことはありますか	はい	いいえ
高血圧といわれたことはありますか	はい	いいえ
糖尿病といわれたことはありますか	はい	いいえ
肝臓が悪いといわれたことはありますか	はい	いいえ
腎臓が悪いといわれたことはありますか	はい	いいえ
精神科の病気で治療されたことはありますか	はい	いいえ
他に現在治療中の病気はありますか	はい	いいえ
はいの場合は病名を教えてください	(	)
過去に何か病気にかかったことがありますか	はい	いいえ
はいの場合は病名を教えてください	(	)
現在服用中の薬はありますか	はい	いいえ
実薬もしくは薬局からのお薬の資料を持参されている方は、受付へお出しください。名前を調べます。		

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

武井実根雄：治療 84(11):34, 2002改変

AMS（エイジング・マイルズ・シンptoms）質問票

ID

年 月 日

氏名

様

	なし	軽度	中等度	重度	極めて 重度
1 肉体的・精神的健康状態の低下を感じる 自覚症状がある	1	2	3	4	5
2 関節痛や筋肉痛がある 腰痛、関節 痛、手足の痛み、背中全体の痛みなど	1	2	3	4	5
3 汗をよくかく 思いがけない／突然発 汗する、緊張していないのに、のぼせ たりする	1	2	3	4	5
4 睡眠障害がある 寝付けない、しばし ば目が醒める、早く目が醒め、疲れを 感じる、睡眠不足、眠れない	1	2	3	4	5
5 睡眠の欲求が強く、しばしば疲労感が ある	1	2	3	4	5
6 怒りっぽく、イライラする 小さなこ とですぐカッとなる、不機嫌になる	1	2	3	4	5
7 神経過敏である 緊張感がある、落ち 着かない、そわそわする	1	2	3	4	5
8 不安・心配しやすい パニックになりやすい	1	2	3	4	5
9 身体的疲労感・活力不足である、能力 全般の低下、活動の低下、余暇活動へ の興味の低下、無気力、達成感がな い、何かをするのにムリに奮い立たせ ないといけない	1	2	3	4	5
10 筋力が低下してきた、弱くなってきた と感じる	1	2	3	4	5
11 憂うつ気味である、落ち込む、物悲し い、泣きそうな感じ、意欲減退、気分 の浮き沈み、無力感	1	2	3	4	5
12 自分のピークは過ぎたと感じる	1	2	3	4	5
13 燃え尽きたと感じる、どん底状態にあ ると感じる	1	2	3	4	5
14 あごひげの伸びが遅くなってきた	1	2	3	4	5
15 性的活動、頻度が低下した	1	2	3	4	5
16 朝立ちの回数が減少した	1	2	3	4	5
17 性欲や性的衝動が減少した、セックス の喜びの低下、セックスの欲求の低下	1	2	3	4	5

自分の排尿状態をチェックしてみましょう

これは世界共通に使われている前立腺肥大症の質問票で、自分の排尿状態を点数化するものです。自分にあてはまると思われる点数に○をつけ、その合計点数を計算してみましょう。スコアの合計点数は、症状の重症度判定の目安にされています。

●国際前立腺症状スコア (I-PSS)

どれくらいの割合で 次のような症状がありましたか	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 割合より 多い	2回 に1回の 割合より 多い	ほとん どいつも
① 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	0点	1点	2点	3点	4点	5点
② この1か月の間に、尿をしてから2時間以内に もう一度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
③ 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	0点	1点	2点	3点	4点	5点
④ この1か月の間に、尿を我慢するのが 難しいことがありましたか	0点	1点	2点	3点	4点	5点
⑤ この1か月の間に、尿の勢いが弱いことが ありましたか	0点	1点	2点	3点	4点	5点
⑥ 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	0点	1点	2点	3点	4点	5点

	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
⑦ 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点	1点	2点	3点	4点	5点

①～⑦につけた合計点数をご記入ください。

国際前立腺症状スコア

点

●QOLスコア

	満 足と ても	満 足	満 ほ	い え ん と も	不 満 や	い や だ	い や だ と も
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点	1点	2点	3点	4点	5点	6点

QOLスコア

点

国際前立腺症状スコアの点数が8点以上の方、また点数が低くても自分の排尿症状に不満や不安を抱えている方は、このスコア票を先生に見せて、相談してみましょう。

治療によりその不満や不安を解消できるかもしれません。

過活動膀胱症状質問票 (OABSS)

年 月 日

氏名

様

カルテ番号

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。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、点数の数字を○で囲んでください。

質問	症状	点数	頻度
①	朝起きた時から寝る時まで 何回くらい尿をしましたか	0	7回以下
		1	8～14回
		2	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に 起きましたか	0	0回
		1	1回
		2	2回
		3	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	0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
		4	1日2～4回
		5	1日5回以上
④	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	0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
		4	1日2～4回
		5	1日5回以上

合計点数

点