

診療申込書

年 月 日

氏名	(ふりがな)	住所	〒
生年月日 大・昭・平・令			電話
年 月 日 (歳)			
			自宅: ()
			携帯: ()

マンション・アパート名もご記入ください

施設入所されている方はご記入ください。

施設名		施設 TEL	
-----	--	--------	--

☆現在、発熱していますか なし ・ ある (度)

熱がある方はいつからですか

[]

☆症状に当てはまる場合、番号を○で囲んで下さい

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1, 尿の回数が多い | 1 1, 精液に血がまじる |
| 2, 尿の出が悪い | 1 2, 睪丸が痛い (右側・左側) |
| 3, 残尿感がある | 1 3, 亀頭部、包皮がはれている |
| 4, 尿が濁っている | 1 4, 性病の相談 |
| 5, 排尿時痛みがある | 1 5, おねしょをする |
| 6, 尿がもれることがある | 1 6, 男性機能の相談 |
| 7, 尿が赤い | 1 7, ED (勃起不全) の薬を希望する |
| 8, 背中が痛い (右側・左側) | 1 8, 包茎の手術を希望する |
| 9, わき腹が痛い (右側・左側) | |
| 1 0, 下腹部が痛い | |

☆その他の場合は具体的に書いてください

[]

☆現在、服薬中のお薬はありますか はい ・ いいえ

「はい」に○をされた方はお薬手帳を提出して下さい

手帳を持参されていない方はお薬の内容をわかる範囲で記入してください

[]

排尿チェックシート ①

氏名： _____

あてはまる点数に○をつけてください

どれくらいの割合で 次のような症状がありましたか？	まったく ない	あまり ない	たまに ある	ときど きある	しばし ばある	ほとん どいつ も
おしっこをした後に まだ残っている感じが ありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこをして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
おしっこをしている間に 何度も途切れることが ありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこを我慢するのが 難しことがありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこの勢いが弱い ことがありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこを出すとき おなかに力を入れる ことがありましたか	0	1	2	3	4	5
夜寝てから朝起きるまでに 何回おしっこをするために 起きましたか	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
	0	1	2	3	4	5

○をつけた数値を 合計してください	点
----------------------	---

	とても 満足	満足	ほぼ 満足	なんとも いけない	やや 不満	不満	とても 不満
現在のおしっこの状態が、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

排尿チェックシート②

氏名： _____

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
		1日5回以上	5
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

○をつけた数値を
合計してください

点