

※『はい・いいえ』または『ある・なし』の口に☑をご記入下さい

・本日『マイナ保険証』（マイナンバーカード）をお持ちですか はい ・ いいえ

・『マイナ保険証』による診療情報取得に同意されますか はい ・ いいえ

・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか はい ・ いいえ
「はい」の場合は窓口にご提示下さい

・この1年で『特定健診』または『高齢者健診』を受診されましたか はい ・ いいえ

・現在までに病気や手術をしたことがありますか ある ・ ない

・現在までに薬・注射・食べ物などでアレルギー反応・じんま疹等の症状が出た事がありますか ある ・ ない

「ある」と答えた方、何でどのような症状が出たのか具体的にご記入下さい

()

・女性の方へ 現在妊娠されていますか。または授乳されていますか

妊娠中 はい ・ いいえ

授乳中 はい ・ いいえ

・現在、医療機関で処方されているお薬はありますか ある ・ ない

『ある』と答えた方でお薬手帳をお持ちの方は窓口にご提出下さい

お薬手帳がない方は薬剤名をご記入下さい

()

※ご記入が終わりましたら受付にご持参ください

医事課記入欄

代筆者	受取者	登録/確認者

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
		5回に1回 未満	2回に1回 未満	2回に1回 くらい	2回に1回 以上	
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
----------------------	---