

診 療 申 込 書

年 月 日

ふりがな		性別	職 業	当院を選んだ理由
お名前		男・女		1. 紹介(他医, 知人) 2. 通院の便利さ 3. 広告を見て 4. その他
生年月日	M・S T・H	年	月 日 才	
住 所	〒 アパート・マンション名も御記入下さい			
自宅TEL		携帯TEL		会社TEL

施設に入られている方は御記入下さい

施設名		施設TEL	
住 所			

☆ 自分の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
2. 尿の出が悪い
3. 残尿感がある
4. 尿が濁っている
5. 尿をしている時、
又は した後、痛みがある
6. 尿がもれることがある
7. 尿が赤い
8. 背中が痛い (右側・左側)
9. 脇腹が痛い (右側・左側)
10. 下腹部が痛い
11. 睾丸が痛い
又は はれている
12. 停留睾丸の相談
13. 亀頭部、包皮がはれている
14. おねしょをする
15. 性病の相談
16. 不妊の相談(子供が出来ない等) | 17. 男性機能の相談
18. バイアグラの処方を希望する
19. 包茎の手術を希望する
20. 精液に血がまじる
21. 熱がある
22. その他の場合、
具体的に書いて下さい |
|--|---|
-

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

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