

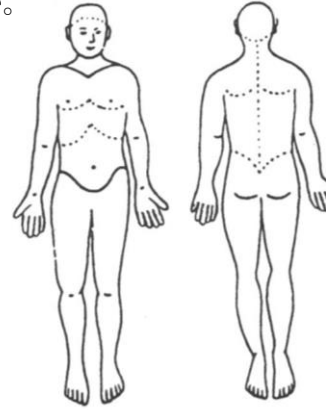
# 問 診 票

受診日 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 生	年 齢	体 重
					歳	k g
住所	〒 _____					
	自宅番号 ( )			携帯 ( )		

下記□に✓、○を付けてください。「あり」の場合は ( ) 内にご記入ください。

1. マイナ保険証による診療情報取得 同意 不同意
2. 他院からの紹介状をお持ちですか。 あり なし
3. 現在、他の医療機関に通院していますか。 なし  
あり (医療機関名、治療内容等 ( ) )
4. 今回はどんなことで来院されましたか。(主要症状等)  
( ( ) )
5. 上記症状はいつ頃からありますか。きっかけはありましたか。  
昨日 2・3・4・5日前 1・2・3・4週間位前  
1ヶ月前 その他 ( ( ) )
6. 今までかかったことのある疾患、または現在治療中の疾患がありますか。 あり なし  
高血圧症 糖尿病 脂質異常症 慢性腎臓病 悪性腫瘍 ( ( ) )  
脳梗塞 その他 ( ( ) )
7. 現在、処方されている薬はありますか。 あり なし  
(薬剤名、用量、投薬期間等 ( ) )
8. 過去1年間で特定健診の受診はありますか。 あり なし  
指摘事項等 ( ( ) )
9. 薬のアレルギー、またアレルギー体質があればお書き下さい。 あり なし  
薬 (抗生物質、かぜ薬、解熱・鎮痛薬、局所麻酔薬、造影剤、その他 ( ( ) ) )  
食物 ( ( ) ) 花粉症 ( ( ) ) ハウスダスト  
動物 ( ( ) ) その他 ( ( ) )
10. 現在、妊娠中又は授乳中であるか(女性の方のみ) あり (妊娠中 週・授乳中) なし
11. その他、知らせておきたいことはありますか。
12. 当院をお選び頂いた理由をお聞かせ下さい。  
以前より診察を受けている  
医療機関よりの紹介  
評判を聞いて(友人・知人の紹介)  
広告を見て(タウンページ・インターネット・看板・その他 ( ( ) ) )  
自宅・職場より近いので  
その他 ( ( ) )



痛い箇所○をお付けください

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致します。

## 症状スコア(I-PPS)とQOLスコア

I-PPS どのくらいの割合で 次の症状がありましたか	全くない	(5 回に1回未満) あまりない	(2 回に1回未満) やや少ない	2 回に1回 くらい	(2 回に1回以上) しばしば	ほとんども うしばしば
① この1ヶ月の間に、尿をしたあとに尿がまだ残っている感じがありましたか	0	1	2	3	4	5
② この1ヶ月の間に、尿をしてから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
③ この1ヶ月の間に、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	1	2	3	4	5
④ この1ヶ月の間に、尿を我慢するのが難しいことがありましたか	0	1	2	3	4	5
⑤ この1ヶ月の間に、尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5
⑥ この1ヶ月の間に、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	1	2	3	4	5
	<b>0回</b>	<b>1回</b>	<b>2回</b>	<b>3回</b>	<b>4回</b>	<b>5回以上</b>
⑦ この1ヶ月の間に、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	1	2	3	4	5

QOL	とても満足	満足	ほぼ満足	なんとも いけない	やや不満	いやだ	とても いやだ
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	1	2	3	4	5	6