

排 尿 問 診 票

記入日 年 月 日

前回 年 月 日

生年月日 明治大正 年 月 日
昭和平成

お名前 様

- ◎ あなたの排尿状態についてお尋ねします。
下のA～Gの質問に対する答えが、右の欄のどれに当てはまりますか？
当てはまる点数に○を付けてください。

質 問		なし	あまりない	ときどきある	2回に1回くらい	しばしば	ほとんどいつも
A	排尿後、尿がまだ残っている感じがありますか？	0	1	2	3	4	5
B	排尿後、2時間以内にもう一度トイレに行くことはありますか？	0	1	2	3	4	5
C	排尿途中で尿が途切れることがありますか？	0	1	2	3	4	5
D	排尿を我慢することがつらいことがありますか？	0	1	2	3	4	5
E	尿の勢いが弱いことがありますか？	0	1	2	3	4	5
F	排尿を開始するときにおなかに力を入れる必要がありますか？	0	1	2	3	4	5
G	就寝中に平均して何回トイレに行きますか？	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
		0	1	2	3	4	5

上記の合計点数 点

- ◎ あなたの症状の満足度
今のままの排尿状態（上記質問に回答頂いた状態）がずっと続くとしたら、どのように感じますか？当てはまる点数に○を付けてください。

満足	大体満足	どちらでもない	やや不満	不満	つらい
1	2	3	4	5	6