

# 骨盤底トータルサポート(泌尿器科)問診票

[受診日 年 月 日] 新

(ふりがな) ( ) (生年月日)  
 氏名 明・大・昭・平 年 月 日 歳  
 住所(〒 - ) 身長 cm 体重 kg  
 市 区町村  
 電話番号 携帯番号  
 Mail アドレス( )  
 今後メールでのお知らせなど希望されますか(はい・いいえ)  
 メールアドレスを登録して頂くと、2週間以内に登録通知メールが届きます。もし届かない場合には、  
 お手数ですがヨヤクル(予約システム)のプロフィールにて、アドレスが正しいかどうかご確認下さい

1. いつからどのような症状があったかお書きください。

2. 今までにかかった病気があればお書きください。(既往歴)

3. 出産についてお聞きます。

ご出産のご経験はありますか? (はい・いいえ) 経膈分娩回数 \_\_\_\_\_回

→【はい】の方、各出産時の回数をお書きください 帝王切開回数 \_\_\_\_\_回

4. 以下の項目で、ご自分に当てはまる口欄にチェックまたは、○で囲んでください。

(さらにそれ以外の症状を書きたいときは余白にお書きください。)

		いいえ	はい 時々	はい 50%以上
腹圧性尿失禁の症状	以下の時に尿が漏れますか?			
	(A) くしゃみ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(A) 咳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(A) 運動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) 歩行	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(A) (2) 立ち上がる。しゃがむ。イスから立ち上がる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(P,M) 排尿障害の症状			
	(3) 残尿感がありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 尿を出し始めにくいと感じますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(3) 尿の勢いが悪いですか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 尿が意図せず途切れますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
切迫症状	(4) 排尿時に痛いですか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(A)(M)(5) 朝起きてベッドから起きるときに突然尿が漏れることがありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	突然強い尿意がおきることがありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その場合、トイレにたどり着く前に尿が漏れてしまいますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	→【はい】の方、そのために1日何回漏らしますか?(回数および○で囲んでください。)			
	[回数] 調子の良い時 _____回 調子の悪い時 _____回			
	[量] (数滴以内・ティースプーン1杯・ティースプーン1杯より多い)			
	(P) 夜間就寝中に何回トイレに行きますか? _____回			
	昼起きている間に何回トイレに行きますか? _____回			
	(A)(5a) 思春期くらいまで、夜尿症がありましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(P)(5b) あなたの症状は、思春期直後から始まりましたか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(P)(5c) あなたの症状は、月経の前に悪くなりますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
社会的な不都合	(A,P)(7) 常に、尿漏れでぬれている感じですか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(8) 尿が漏れて床を汚してしまったことがありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	尿が漏れて、ベットや布団を汚してしまったことがありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	外出時に、尿漏れパッドやパンティライナーなどを着けていますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→着ける場合、1日に何枚くらい使いますか? _____枚			
排便症状	(A,P)(6a) 便秘がありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	(A,P)(6b) おならや便が漏れたことがありますか?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	→【はい】の方、いずれか○で囲んでください。 (おならのみ・液状便のみ・固形便でも)			

裏面もご記入下



		いいえ	はい 50%以上
以前受けた手術	(P)(9) 以前に子宮摘出術を受けていますか？ →【はい】の方、いつですか？ 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 尿失禁手術を受けたことがありますか？ →【はい】の方、いつですか？ 年 月 日 手術後の症状はどうですか？(○で囲んでください。) (良くなった・悪くなった)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(10) 以前に膣からの手術を受けたことがありますか？ →【はい】の方、いつですか？ 年 月 日	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		いいえ	はい 時々	はい 50%以上
骨盤痛	(P)(11) 骨盤痛についてお聞きします。			
	セックスのときに、膣の奥に痛みや違和感を感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	背骨の下の方に痛みがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	お腹の下の方に痛みがありますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) 膣の入り口に痛みを感じますか？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

QOL(生活の質)評価	あなたのいつもの生活に症状ほどのくらい影響していますか？1~5までのどれかに○で囲んでください。
	1 = 正常(ほとんど影響を受けていない。)
	2 = 軽度、自分のライフスタイルには全く影響がない
	3 = 飲水制限をしたり、外出時にはトイレを探したりする
	4 = いつもパッドを着けており、非常に生活に制限を受けている
	5 = 外出は全く出来ない(とても影響を受けている。)

以下の症状がどのくらいの頻度でありましたか？  
この1週間のあなたの場合に最も近いものを、ひとつだけ選んで( )に○印をつけてください。

**O A B S S**

① 朝起きたときから寝るときまでに、何回くらい尿をしましたか？  
0:( ) 7回以下      1:( ) 8~14回      2:( ) 15回以上

② 夜寝てから朝起きるまで、何回くらい尿をするために起きましたか？  
0:( ) 0回      1:( ) 1回      2:( ) 2回      3:( ) 3回以上

③ 急に尿がしたくなり、我慢が難しいことがありましたか？  
0:( ) ない      1:( ) 週に1回より少ない      2:( ) 週1回以上  
3:( ) 1日1回くらい      4:( ) 1日2~4回      5:( ) 1日5回以上

④ 急に尿がしたくなり、我慢できずに尿をもらすことがありましたか？  
0:( ) ない      1:( ) 週に1回より少ない      2:( ) 週1回以上  
3:( ) 1日1回くらい      4:( ) 1日2~4回      5:( ) 1日5回以上

⑤ 閉経していますか？ (はい・いいえ)

⑥ 性生活に関して何か問題がありますか？ (はい・いいえ)

⑦ 性生活に問題がある場合、それはどういった事ですか？

《今後のサービス向上を図る上で、アンケートにご協力ください》

● LUNAグループに受診された事ありますか？ (はい・いいえ)

当クリニックは、何で知りましたか？当てはまる箇所を○で囲んでください。〈複数回答可〉

- ・ インターネット検索      ・ ウェブサイト (サイト名: )      ・ 他の病院やクリニックより紹介
- ・ 雑誌、新聞 (雑誌名: )      ・ テレビ (番組名: )
- ・ 知り合いからの紹介 (友人知人、家族)      ・ たまたま通りかかって
- ・ SNS ( Facebook、Twitter、Instagram、アメブロ )
- ・ その他 ( )

**ご協力ありがとうございました。**

~当院ではテレビ・雑誌などの取材で患者様の体験談を掲載・撮影する必要がある場合、取材に応じて頂ける患者様を随時、募集しております~

取材例: テレビ(事前撮影)や雑誌の女性医療特集等で、当院を受診した症状に関して、困った事・治療前後の生活面での変化など体験談をお話いただく。

取材がある場合、ご検討頂ける場合は[可]に、お嫌な場合は[否]に○をつけて下さい。

[可]・[否]

[可]にチェック頂いた方には、今後取材のため当院よりご連絡させて頂く事がございます。ご了承くだ

(ご連絡先に指定がありましたらご記入下さい。)

※尚、仮名の使用や音声の変更、またお顔の出ない撮影等プライバシー保護を第一に考慮し取材させて頂きますのでご安心下さい。

《当院でのプライバシーポリシーについて》LUNA骨盤底トータルサポートクリニックは診察に際して得た個人情報を第三者に提供はいたしません。ただし、当院から直接患者様へ新たな外来受診や検査の開始等の患者様に有益と思われる情報をお届けすることはあります。また、女性医療発展のため学術学会・論文・講演会・ホームページ・出版する本などに個人情報を使用する場合があります。この場合は個人が特定できないよう細心の注意を払い