

# 男性排尿障害 問診表

氏名 \_\_\_\_\_

この用紙をプリントアウトして、自分にあてはまる数字に○をつけて持参していただくと便利です。全ての項目に○をつけてください。

最近1か月間の排尿状態について	全くなし	5回に1回未満	2回に1回未満	2回に1回位	2回に1回以上	ほとんどいつも
1 排尿後に 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 排尿後2時間以内に もう1度トイレに行くことがありましたか	0	1	2	3	4	5
3 排尿途中で 尿が途切れることがありましたか	0	1	2	3	4	5
4 排尿を我慢するのが つらいことがありましたか	0	1	2	3	4	5
5 尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5
6 排尿開始時に、いきむ必要がありましたか	0	1	2	3	4	5
7 床に就いてから朝起きるまでに何回排尿に起きましたか 睡眠時間 ( 時 分 ~ 時 分)	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
総スコア (0-35点) : 軽症 (0-7点)、中等症 (8-19点)、重症 (20-35点)	1~7項目の合計点数					点

現在の排尿の状態がこのまま一生続くとしたらどう感じますか

大変満足	満足	大体満足	いずれでもない	不満気味	不満	大変不満
0	1	2	3	4	5	6

山田ファミリークリニック