

- 初来初診（初診オーダー）
- 再来（長期）6ヶ月以上
（初診判断、オーダー）
- 再来（短期）6ヶ月未満

【小児泌尿器科】問診票

大坂市立総合医療センター 小児医療センター外来

記入日（令和 年 月 日）

フリガナ（ ）（男・女）
お子様のお名前（ ）（ 歳 ヶ月）

★診察の前に下記の点についてご記入をお願い致します。

	質問	回答欄
(1)	本日の受診の理由	
(2)	いつ頃から	<input type="checkbox"/> 出生時から <input type="checkbox"/> 〃 歳 ヶ月から <input type="checkbox"/> 〃 月 日ごろから
(3)	排尿回数	朝起きてから夜寝るまで _____ 回 夜寝てから朝起きるまで _____ 回
(4)	排尿時の痛み	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
(5)	排尿後の残尿感	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
(6)	血尿	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
(7)	排尿（おもらし）の状態	<input type="checkbox"/> 完全にできる（トイレで排尿できる・昼夜ともにできる・もらさない） <input type="checkbox"/> ほぼできる <input type="checkbox"/> 昼のみできるが、夜はオムツを使用 <input type="checkbox"/> 1日中オムツを使用
(8)	発熱	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
(9)	側腹部の痛み	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> ひどく痛い <input type="checkbox"/> 鈍い痛み
(10)	食欲	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
(11)	排便	<input type="checkbox"/> 毎日ある <input type="checkbox"/> 毎日はない <input type="checkbox"/> 便秘（べんぴ）気味
(12)	男の子に聞きます	尿の最初の一滴滴が出るまで時間が <input type="checkbox"/> かからない <input type="checkbox"/> かかる 排尿中時間が <input type="checkbox"/> かからない <input type="checkbox"/> かかる 尿線が <input type="checkbox"/> 太い <input type="checkbox"/> 細い 睾丸部に異常が <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（症状： _____）
(13)	女の子に聞きます	おりものが <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い