

前立腺ドック問診票

受診予定日 _____年____月____日

氏名_____ 年齢_____歳 身長_____cm 体重_____kg

前立腺ドック受診のため、以下の問の該当項目に○をつけ、_____に必要事項をご記入ください。

1. 前立腺の検査や治療を受けたことがありますか？

ない ある

1 受けた医療機関の名称 _____

2 検査・治療の内容について

PSA 検査（腫瘍マーカー） 前立腺超音波検査 触診 治療（_____）

3 最後に PSA 検査を受けたのはいつ頃ですか？ _____年____月頃

2. 現在、病気で他の医師または病院にかかっていますか？

かかっていない かかっている

病名 _____ 病院名 _____

3. 今までに、手術を受けたことがありますか？

ない ある

_____歳 手術名 _____

_____歳 手術名 _____

4. 飲酒について 飲まない 時々飲む 毎日飲む

5. 喫煙について

吸わない 吸う（1日____本） 以前吸っていた（1日____本____年間）

6. あなたの血縁者（父母、子、祖父母、兄弟姉妹）で「がん」にかかった人はいますか？

いない いる

①続柄 _____ 歳の時 _____がん

②続柄 _____ 歳の時 _____がん

③続柄 _____ 歳の時 _____がん

※この問診票は、前立腺ドック以外の目的には使用致しません。

7. あなたの排尿症状について質問表の該当の点数に○をつけてください。

国際前立腺症状スコア（I-PSS）・QOL スコアシート

前立腺肥大症の進行状況は、国際前立腺症状スコア（I-PSS：International prostate symptom score）と QOL（Quality of Life）スコアという質問票を用いてチェックすることができます。

国際前立腺症状スコア（I-PSS）

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか	全くない	5回に1回の割合より少ない	2回に1回の割合より少ない	2回に1回の割合くらい	2回に1回の割合より多い	ほとんどいつも
この1か月の間に、尿をしたあとにまだ尿が残っている感じがありましたか	0点	1点	2点	3点	4点	5点
この1か月の間に、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点	1点	2点	3点	4点	5点
この1か月の間に、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点	1点	2点	3点	4点	5点
この1か月の間に、尿を我慢するのが難しいことがありましたか	0点	1点	2点	3点	4点	5点
この1か月の間に、尿の勢いが弱いことがありましたか	0点	1点	2点	3点	4点	5点
この1か月の間に、尿をし始めるためにおなかに力を入れることがありましたか	0点	1点	2点	3点	4点	5点
この1か月の間に、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回	1回	2回	3回	4回	5回以上
	0点	1点	2点	3点	4点	5点

あなたの合計点は です。

QOL スコア

	とても満足	満足	ほぼ満足	なんともいえない	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点	1点	2点	3点	4点	5点	6点

あなたの合計点は です。

※この問診票は、前立腺ドック以外の目的には使用致しません。