

# 症状チェックノート

監修：JA長野厚生連 北アルプス医療センターあづみ病院 名誉院長 西澤 理

おなまえ

「おしっこ」の様子をご記入いただき、  
来院時に担当医にご提示ください。

この冊子にご記入いただいた情報を参考に、  
医師はあなたのおしっこの状態と治療の効果を  
確認し、治療方針を決めていきます。

定期的に症状を記入していただくことで、  
ご自身でも改善の度合いを確認いただくこと  
ができます。

症状を改善し、健やかな日々を送るために、  
定期的に記入しましょう。

4ページを1回分としてご記入ください。

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
症状を改善し、健やかな日々を送るために、忘れず記入し、必ず次回診察時に お持ちください。

記入日 月 日 ( )

病状ごとの状態を把握するための重要な情報(○をつけてください)

病状の種類について

どのくらいのおしっこを飲んだか	まったく ない	あまりない	たまに多い	たまに多い 程度	たまに多い 程度	たまに多い 程度	ほとんど いつも
おしっこをした後に 寝たっている感じが ありましたか	0	1	2	3	4	5	
おしっこを飲んでも おしっこがたまる感じが しなくてほっとかない ことがありましたか	0	1	2	3	4	5	
おしっこをしている間に 尿意を感じながらも おしっこがたまる感じが ありましたか	0	1	2	3	4	5	
おしっこを我慢する のが難しいことが ありましたか	0	1	2	3	4	5	
おしっこを我慢する のが難しいことが ありませんか	0	1	2	3	4	5	
おしっこを我慢する のが難しいことが ありませんか	0	1	2	3	4	5	
夜寝る前から朝起きる までに、おしっこを 我慢することが ありましたか	0	1	2	3	4	5	

病状に対する満足度について

病状の改善した状態が、 このまま変化がなくて 続けたいと思いませんか	とても 満足	満足	ほぼ満足	なんとか いいと思います	やや不満	不満	とても 不満
	0	1	2	3	4	5	6

○をつけておいた病状を合計してください。

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
症状を改善し、健やかな日々を送るために、忘れず記入し、必ず次回診察時に お持ちください。

記入日 月 日 ( )

病状ごとの状態を把握するための重要な情報(○をつけてください)

病状の種類について

病状	症状	頻度	点数
1	寝起きた時から 寝る時まで、おしっこ がたまる感じが ありましたか	7回以下	0
		8~14回	1
		15回以上	2
2	夜寝る前から 朝起きるまでに、 おしっこがたまる感じが ありましたか	0回	0
		1回	1
		2回以上	2
3	夜におしっこが たまり、 おしっこがたまる感じが ありましたか	3回以上	3
		2回	0
		1回以下	1
4	夜におしっこが たまり、 おしっこがたまる感じが ありましたか	1回以下	2
		2回以上	3
		3回以上	4

○をつけておいた病状を合計してください。

# 合計点数で「症状の程度」がわかります。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください

自覚症状について		まったく ない	あまりない 5回に1回 未満	たまにある 2回に1回 未満	ときどきある 2回に1回 くらい	しばしばある 2回に1回 以上	ほとんど いつも
	どれくらいの割合で次のような症状がありましたか おしっこをした後に まだ残っている感じがありましたか	0	1	2	3	4	5
	おしっこをして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	1	2	3	4	5
	おしっこをしている間に 何度も途切れることがありましたか	0	1	2	3	4	5
	おしっこを我慢するのが難しいことが ありましたか	0	1	2	3	4	5
	おしっこの勢いが弱いことが ありましたか	0	1	2	3	4	5
	おしっこを出す時、 おなかに力を入れることがありましたか	0	1	2	3	4	5
	夜寝てから朝起きるまでに、 何回おしっこ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

○をつけた数値を合計してください

点

症状の程度		
軽症	中等症	重症
0~7点	8~19点	20~35点

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください

自覚症状について		頻度	点数		
1		朝起きた時から 寝る時までに、何回くらい おしっこをしましたか	7回以下 0 8~14回 1 15回以上 2		
		2		夜寝てから 朝起きるまでに、 何回くらいおしっこを するために起きましたか	0回 0 1回 1 2回 2 3回以上 3
				3	
4		急におしっこが したくなり、 我慢できずにおしっこを もらすことがありましたか	なし 0 週に1回より少ない 1 週に1回以上 2 1日1回くらい 3 1日2~4回 4 1日5回以上 5		

○をつけた数値を合計してください


点

症状の程度		
軽症	中等症	重症
3~5点	6~11点	12~15点



医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
 症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか		まったく ない
	おしっこをした後に まだ <b>残っている</b> 感じがありましたか	0
	おしっこをして <b>2時間以内</b> にもう一度 しなくてはならないことがありましたか	0
	おしっこをしている間に <b>何度も途切れる</b> ことがありましたか	0
	おしっこを <b>我慢する</b> のが <b>難しい</b> ことが ありましたか	0
	おしっこの <b>勢いが弱い</b> ことが ありましたか	0
	おしっこを出す時、 <b>おなかに力を入れる</b> ことがありましたか	0
	夜寝てから朝起きるまでに、 <b>何回おしっこをするために</b> 起きましたか	0回
		0

## 排尿状態に対する満足度について

	とても満足
現在のおしっこの状態が、 <b>このまま変わらずに</b> 続くとしたらどう思いますか	0



記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

あまりない	たまにある	ときどきある	しばしばある	ほとんどいつも
5回に1回未満	2回に1回未満	2回に1回くらい	2回に1回以上	
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1回	2回	3回	4回	5回以上
1	2	3	4	5

○をつけた数値を合計してください

点

満足	ほぼ満足	なんとも いえない	やや不満	不満	とても 不満
1	2	3	4	5	6

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

質問	症状
1	 <p>朝起きた時から 寝る時まで、<b>何回</b>くらい おしっこをしましたか</p>
2	 <p>夜寝てから 朝起きるまでに、 <b>何回</b>くらいおしっこを するために起きましたか</p>
3	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢が難しい</b>ことが ありましたか</p>
4	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢できずにおしっこを もらす</b>ことがありましたか</p>

記入日

月

日

( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

頻度	点数
7回以下	0
8~14回	1
15回以上	2
0回	0
1回	1
2回	2
3回以上	3
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5


○をつけた数値を合計してください

点



医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
 症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか		まったく ない
	おしっこをした後に まだ <b>残っている</b> 感じがありましたか	0
	おしっこをして <b>2時間以内</b> にもう一度 しなくてはならないことがありましたか	0
	おしっこをしている間に <b>何度も途切れる</b> ことがありましたか	0
	おしっこを <b>我慢する</b> のが <b>難しい</b> ことが ありましたか	0
	おしっこの <b>勢いが弱い</b> ことが ありましたか	0
	おしっこを出す時、 <b>おなかに力を入れる</b> ことがありましたか	0
	夜寝てから朝起きるまでに、 <b>何回おしっこをするために</b> 起きましたか	0回
		0

## 排尿状態に対する満足度について

	とても 満足
現在のおしっこの状態が、 <b>このまま変わらずに</b> 続くとしたらどう思いますか	0

記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

あまりない	たまにある	ときどきある	しばしばある	ほとんどいつも
5回に1回未満	2回に1回未満	2回に1回くらい	2回に1回以上	
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1回	2回	3回	4回	5回以上
1	2	3	4	5

○をつけた数値を合計してください

点

満足	ほぼ満足	なんとも いえない	やや不満	不満	とても 不満
1	2	3	4	5	6

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

質問	症状
1	 <p>朝起きた時から 寝る時まで、<b>何回</b>くらい おしっこをしましたか</p>
2	 <p>夜寝てから 朝起きるまでに、 <b>何回</b>くらいおしっこを するために起きましたか</p>
3	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢が難しい</b>ことが ありましたか</p>
4	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢できずにおしっこを もらす</b>ことがありましたか</p>



記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。


頻度	点数
7回以下	0
8~14回	1
15回以上	2
0回	0
1回	1
2回	2
3回以上	3
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5

○をつけた数値を合計してください

点

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
 症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか		まったく ない
	おしっこをした後に まだ <b>残っている</b> 感じがありましたか	0
	おしっこをして <b>2時間以内</b> にもう一度 しなくてはならないことがありましたか	0
	おしっこをしている間に <b>何度も途切れる</b> ことがありましたか	0
	おしっこを <b>我慢する</b> のが難しいことが ありましたか	0
	おしっこの <b>勢いが弱い</b> ことが ありましたか	0
	おしっこを出す時、 <b>おなかに力を入れる</b> ことがありましたか	0
	夜寝てから朝起きるまでに、 <b>何回おしっこをするために</b> 起きましたか	0回
		0

## 排尿状態に対する満足度について

	とても満足
現在のおしっこの状態が、 <b>このまま変わらずに</b> 続くとしたらどう思いますか	0

記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

あまりない	たまにある	ときどきある	しばしばある	ほとんどいつも
5回に1回未満	2回に1回未満	2回に1回くらい	2回に1回以上	
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1回	2回	3回	4回	5回以上
1	2	3	4	5

○をつけた数値を合計してください

点

満足	ほぼ満足	なんとも いえない	やや不満	不満	とても 不満
1	2	3	4	5	6



医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

質問	症状
1	 <p>朝起きた時から 寝る時まで、<b>何回</b>くらい おしっこをしましたか</p>
2	 <p>夜寝てから 朝起きるまでに、 <b>何回</b>くらいおしっこを するために起きましたか</p>
3	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢が難しい</b>ことが ありましたか</p>
4	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢できずにおしっこを もらす</b>ことがありましたか</p>

記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

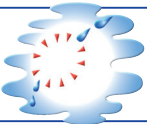




頻度	点数
7回以下	0
8~14回	1
15回以上	2
0回	0
1回	1
2回	2
3回以上	3
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5

○をつけた数値を合計してください

点

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
 症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか		まったく ない
	おしっこをした後に まだ <b>残っている</b> 感じがありましたか	0
	おしっこをして <b>2時間以内</b> にもう一度 しなくてはならないことがありましたか	0
	おしっこをしている間に <b>何度も途切れる</b> ことがありましたか	0
	おしっこを <b>我慢する</b> のが難しいことが ありましたか	0
	おしっこの <b>勢いが弱い</b> ことが ありましたか	0
	おしっこを出す時、 <b>おなかに力を入れる</b> ことがありましたか	0
	夜寝てから朝起きるまでに、 <b>何回おしっこをするために</b> 起きましたか	0回
		0

## 排尿状態に対する満足度について

	とても満足
現在のおしっこの状態が、 <b>このまま変わらずに</b> 続くとしたらどう思いますか	0



記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

あまりない	たまにある	ときどきある	しばしばある	ほとんどいつも
5回に1回未満	2回に1回未満	2回に1回くらい	2回に1回以上	
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1回	2回	3回	4回	5回以上
1	2	3	4	5

○をつけた数値を合計してください

点

満足	ほぼ満足	なんとも いえない	やや不満	不満	とても 不満
1	2	3	4	5	6

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

質問	症状
1	 <p>朝起きた時から 寝る時まで、<b>何回</b>くらい おしっこをしましたか</p>
2	 <p>夜寝てから 朝起きるまでに、 <b>何回</b>くらいおしっこを するために起きましたか</p>
3	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢が難しい</b>ことが ありましたか</p>
4	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢できずにおしっこを もらす</b>ことがありましたか</p>

記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

頻度	点数
7回以下	0
8~14回	1
15回以上	2
0回	0
1回	1
2回	2
3回以上	3
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5

○をつけた数値を合計してください

点

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
 症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか		まったく ない
	おしっこをした後に まだ <b>残っている</b> 感じがありましたか	0
	おしっこをして <b>2時間以内</b> にもう一度 しなくてはならないことがありましたか	0
	おしっこをしている間に <b>何度も途切れる</b> ことがありましたか	0
	おしっこを <b>我慢する</b> のが難しいことが ありましたか	0
	おしっこの <b>勢いが弱い</b> ことが ありましたか	0
	おしっこを出す時、 <b>おなかに力を入れる</b> ことがありましたか	0
	夜寝てから朝起きるまでに、 <b>何回おしっこをする</b> ために起きましたか	0回
		0

## 排尿状態に対する満足度について

	とても満足
現在のおしっこの状態が、 <b>このまま変わらず</b> に続くとしたらどう思いますか	0



記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

あまりない	たまにある	ときどきある	しばしばある	ほとんどいつも
5回に1回未満	2回に1回未満	2回に1回くらい	2回に1回以上	
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1回	2回	3回	4回	5回以上
1	2	3	4	5

○をつけた数値を合計してください

点

満足	ほぼ満足	なんとも いえない	やや不満	不満	とても 不満
1	2	3	4	5	6

医師があなたの症状を把握するための重要な情報となります。  
症状を改善し、健やかな日々を送るために、**忘れずに記入し、必ず次回診察時に**

## 自覚症状について

質問	症状
1	 <p>朝起きた時から 寝る時まで、<b>何回</b>くらい おしっこをしましたか</p>
2	 <p>夜寝てから 朝起きるまでに、 <b>何回</b>くらいおしっこを するために起きましたか</p>
3	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢が難しい</b>ことが ありましたか</p>
4	 <p>急におしっこが したくなり、 <b>我慢できずにおしっこを もらす</b>ことがありましたか</p>

記入日 月 日 ( )

お持ちください。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

頻度	点数
7回以下	0
8~14回	1
15回以上	2
0回	0
1回	1
2回	2
3回以上	3
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5
なし	0
週に1回より少ない	1
週に1回以上	2
1日1回くらい	3
1日2~4回	4
1日5回以上	5

○をつけた数値を合計してください

点



医療機関名