

質問票

ご記入日： 年 月 日

お名前：

- I. この1か月の間に、どれくらいの割合で下の7つのような症状がありましたか？
あてはまる番号、回数に○をつけてください。

質問	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
1 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	1	2	3	4	5
2 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	1	2	3	4	5
3 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	1	2	3	4	5
4 尿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
5 尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5
6 尿をし始めるためにお腹に力を入れることがありましたか	0	1	2	3	4	5
7 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

1から7の症状うち、もっとも困る症状の番号に○をつけてください（1つだけ）。

1	2	3	4	5	6	7	0 該当なし
---	---	---	---	---	---	---	--------

- II. 現在の尿の状態がこのまま変わらず続くとしたら、どう思いますか？
あてはまる番号に○をつけてください。

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
0	1	2	3	4	5	6

- III. 現在の夜間に排尿のために起きる状態が、このまま変わらず続くとしたらどう思いますか？
あてはまる番号に○をつけてください。

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
0	1	2	3	4	5	6

次のページもご記入下さい。

過活動膀胱スクリーニング質問票

ご記入日: 年 月 日

お名前

該当する項目にチェックをつけてください。

- ☐ 尿をする回数が多い
- ☐ 急に尿がしたくなり、我慢が難しい事がある
- ☐ 我慢できずに尿をもらす事がある

過活動膀胱症状質問票(OABSS)

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。
この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、
点数の数字を○で囲んでください。

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から夜寝るまでに、 何回くらい尿をしましたか	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、 何回くらい尿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	急に尿がしたくなり、 我慢がむずかしい事がありましたか	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
4	急に尿がしたくなり、 我慢できずに尿をもらす事がありましたか	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
合計点数			点