

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、もつ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