

# 排尿質問票

記入日： 年 月 日

名前： \_\_\_\_\_

◆ この1ヶ月の間にどれくらいの割合で次のような症状がありましたか？当てはまる番号に○をつけてください

	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なか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

◆ 上記①から⑦の症状のうち、もっとも困る症状の番号に○をつけてください

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

◆ 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？

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

◆ 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○で囲んで下さい。

症状	頻度	点数
朝起きた時から寝るまでに、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
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
急に尿がしたくなり、我慢が難しい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日に2～4回	4
急に尿がしたくなり、我慢できずに尿をもらすことがありましたか	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