

あなたの排尿状態を確認しましょう

氏名: _____

過活動膀胱症状質問票 (Overactive Bladder Symptom Score ; OABSS)

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。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。(4回分記入できます)

質問	症状	頻度	点数			
			月日	月日	月日	月日
1	朝起きた時から寝る時まで、何回くらい尿をしましたか	7回以下	0	0	0	0
		8~14回	1	1	1	1
		15回以上	2	2	2	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	0	0	0
		1回	1	1	1	1
		2回	2	2	2	2
		3回以上	3	3	3	3
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	0	0	0
		週に1回より少ない	1	1	1	1
		週に1回以上	2	2	2	2
		1日に1回くらい	3	3	3	3
		1日2~4回	4	4	4	4
		1日5回以上	5	5	5	5
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	なし	0	0	0	0
		週に1回より少ない	1	1	1	1
		週に1回以上	2	2	2	2
		1日に1回くらい	3	3	3	3
		1日2~4回	4	4	4	4
		1日5回以上	5	5	5	5

合計点数	点	点	点	点
------	---	---	---	---

出典：過活動膀胱診療ガイドラインより一部改変