

男性用

ID _____

名前 _____

記入日 _____

月 _____

日 _____

IPSS (国際前立腺症状スコア) ~この1ヶ月間の状態を教えてください~

	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
(残尿感) 尿をした後に残った感じはありましたか?	0	1	2	3	4	5
(頻尿) 尿をしてから2時間以内に尿を出さねばならないことがありましたか?	0	1	2	3	4	5
(尿線途絶) 尿をしている間に尿が何度も途切れることがありましたか?	0	1	2	3	4	5
(尿意切迫感) 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
(尿勢低下) 尿の勢いが弱いと思ったことがありましたか?	0	1	2	3	4	5
(腹圧排尿) 尿を出すのにお腹の力を入れないといけないことがありましたか?	0	1	2	3	4	5
(夜間頻尿) 夜寝てから朝起きるまでに何回尿のために起きましたか?	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上

QOL (生活の質) スコア

	とても満足	満足	ほぼ満足	何とも 言えない	やや不満	不満	とても 不満
現在の尿の状態がこのまま続くとしたらどう思いますか?	0	1	2	3	4	5	6

OABSS (過活動膀胱症状質問票)

	0点	1点	2点	3点	4点	5点
(昼間頻尿) 朝起きてから寝るまでに何回ぐらい尿をしましたか?	7回以下	8~14回	15回以上			
(夜間頻尿) 夜寝てから朝起きるまでの間に、何回ぐらい尿をするために起きましたか?	0回	1回	2回			
(尿意切迫感) 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	週に1回より少ない	週に1回以上	1日1回ぐらい	1日2~4回	1日5回以上
(切迫性尿失禁) 急に尿がしたくなり、我慢ができず漏らすことがありましたか?	なし	週に1回より少ない	週に1回以上	1日1回ぐらい	1日2~4回	1日5回以上

ご記入いただき保険証 (医療証)、お薬手帳と一緒に受付へお渡し下さい。