

女性用

ID _____

名前 _____

記入日 _____

月 _____

日 _____

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

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

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。

かなたに腎泌尿器科クリニック