

過活動膀胱症状質問票 (OABSS)

氏名 _____ 様 20 年 月 日

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。

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から夜寝る時までに、 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
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
3	急に尿がしたくなり、 がまん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2～4回	4
		1日5回以上	5
4	急に尿がしたくなり、 がまんできずに尿をもらす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2～4回	4
		1日5回以上	5
合計点数			点

- ・ 質問3の点数が2点以上、かつ全体の合計点数が3点以上であれば、過活動膀胱が強く疑われます。
- ・ 合計スコア： 軽症（5点以下） 中等症（6～11点） 重症（12点以上）