

チェックシート

氏名 ()

記入日: 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最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。

1、OABSS

質問	症状	頻度	点数
1	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回以上	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	急に尿がしたくなったり、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2～4回	4
		1日5回以上	5
4	急に尿がしたくなったり、我慢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

2、ICQ-SF

質問	症状	頻度	点数								
1	どれくらいの頻度で尿がもれますか？	なし	0								
		1週間に1回またはそれ以下	1								
		1週間に2～3回	2								
		おおよそ1日に1回	3								
		1日に数回	4								
		常に	5								
2	あなたはどれくらいの量の尿漏れがあると思いますか？	なし	0								
		少量	2								
		中等量	4								
		多量	6								
3	全体としてあなたの毎日の生活は尿漏れのためにどれくらいそなわられていますか？ 当てはまる数字を選んで○をつけてください。										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
まったくない											非常に
合計点数											点

4	どんな時に尿がもれますか？(あなたにあてはまるものすべてをチェックしてください)	
	<input type="checkbox"/> なし・尿もれはない <input type="checkbox"/> トイレにたどりつく前にもれる <input type="checkbox"/> 咳やくしゃみをした時にもれる <input type="checkbox"/> 眠っている間にもれる <input type="checkbox"/> 体を動かしている時にもれる <input type="checkbox"/> 排尿を終えて服を着た時にもれる <input type="checkbox"/> 理由がわからずにもれる <input type="checkbox"/> 常にもれる	