

過活動膀胱症状質問票 (OABSS)

ID: _____ 氏名: _____ 記載年月日 _____ 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

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から夜寝るまでに、何回くらい尿をしましたか？	7回以下 8～14回 15回以上	0 1 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 1回 2回 3回以上	0 1 2 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 週に1回より少ない 週に1回以上 1日1回くらい 1日2～4かい 1日5回以上	0 1 2 3 4 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 週に1回より少ない 週に1回以上 1日1回くらい 1日2～4かい 1日5回以上	0 1 2 3 4 5
合計点数		点	

軽症： 5点以下

中等症： 6～11点

重症： 12点以上