

過活動膀胱症状質問票 (OABSS)

年 月 日

氏名

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○で囲んでください。

質問	症状	点数	頻度
①	朝起きた時から寝る時まで 何回くらい尿をしましたか	0	7回以下
		1	8～14回
		2	15回以上
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	0回
		1	1回
		2	2回
③	急に尿がしたくなり 我慢が難しいことが ありましたか	0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
		4	1日2～4回
④	急に尿がしたくなり 我慢ができずに尿をもらすことが ありましたか	5	1日5回以上
		0	なし
		1	週に1回より少ない
		2	週に1回以上
		3	1日1回くらい
4	1日2～4回		
5	1日5回以上		

合計点数

点