

排尿に関する質問票

記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

排尿についてご自身の感じる症状と程度、およびその状態に対する満足度は、診断・治療を行う上で重要です。この1ヶ月の様子について、あてはまる数値（点数）に○をつけ、受診の際に担当医にご提示ください。

● 自覚症状について

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか	まったくない	あまりない (5回に1回未満)	たまにある (2回に1回未満)	ときどきある (2回に1回)	しばしばある (2回に1回以上)	ほとんどいつも
おしっこをした後にまだ残っている感じがする	0	1	2	3	4	5
おしっこをして2時間以内にもう一度しなくてはならないことがある	0	1	2	3	4	5
おしっこをしている間に何度も途切れることがある	0	1	2	3	4	5
おしっこを我慢するのが難しいことがある	0	1	2	3	4	5
おしっこの勢いが弱いことがある	0	1	2	3	4	5
おしっこの時におなかに力を入れることがある	0	1	2	3	4	5
夜寝てから朝起きるまで、何回かおしっこのために起きる	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
	0	1	2	3	4	5

● チェック結果

	0～8	9～20	20以上
症状の度合い	軽度	中等度	重症

● 排尿症状に対する満足度について

	とても満足	満足	ほぼ満足	なんとも いえない	やや不満	不満	とても不満
現在のおしっこの状態が、このまま変わらず続くとしたらどう思いますか	0	1	2	3	4	5	6

※ 初診の際、この質問票を必ずご持参ください。