

# 排尿に関するチェックシート

あなたの排尿状態について、あてはまる点数に をつけてください。

## 国際前立腺症状スコア(I-PSS)

| どれくらいの割合で<br>次のような症状がありましたか                 | 全くない | より少ない<br>5回に1回の割合 | より少ない<br>2回に1回の割合 | くらい<br>2回に1回の割合 | より多い<br>2回に1回の割合 | ほとんどいつも |
|---|------|-------------------|-------------------|-----------------|------------------|---------|
| この1ヶ月の間に、尿をしたあとにまだ尿が残っている感じがありましたか          | 0    | 1                 | 2                 | 3               | 4                | 5       |
| この1ヶ月の間に、尿をしてから2時間以内にもう一度しなくてはならないことがありましたか | 0    | 1                 | 2                 | 3               | 4                | 5       |
| この1ヶ月の間に、尿をしている間に尿が何度もとぎれることがありましたか         | 0    | 1                 | 2                 | 3               | 4                | 5       |
| この1ヶ月の間に、尿を我慢するのが難しいことがありましたか               | 0    | 1                 | 2                 | 3               | 4                | 5       |
| この1ヶ月の間に、尿の勢いが弱いことがありましたか                   | 0    | 1                 | 2                 | 3               | 4                | 5       |
| この1ヶ月の間に、尿をし始めるためにお腹に力を入れることがありましたか         | 0    | 1                 | 2                 | 3               | 4                | 5       |

|  | 0回 | 1回 | 2回 | 3回 | 4回 | 5回以上 |
|--|----|----|----|----|----|------|
| この1ヶ月の間に、夜寝てから朝起きるまでに、ふつう何回尿をするために起きましたか | 0  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5    |

~ の合計スコア 点

## QOLスコア

|                                 | とても満足 | 満足 | ほぼ満足 | なんとも<br>いけない | やや不満 | いやだ | とても<br>いやだ |
|---------------------------------|-------|----|------|--------------|------|-----|------------|
| 現在の尿の状態がこのまま変わらずに続くとしたら、どう思いますか | 0     | 1  | 2    | 3            | 4    | 5   | 6          |

QOLスコア 点