

# 過活動膀胱症状質問票 (OABSS)

お名前 \_\_\_\_\_

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	頻度	点数
1	朝起きた時から夜寝る時までに、 何回くらい尿をしましたか	7 回以下	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	急に尿がしたくなり、 がまん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	急に尿がしたくなり、 がまん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

質問3 の点数が2 点以上、かつ全体の合計点が3 点以上であれば、  
過活動膀胱が強く疑われます。