

過活動膀胱症状スコア (OABSS)

氏名 _____
年 月 日 ()

あなたの『おしっこ』の状態について、おうかがいします。

質問ごとにあてはまる点数に○をつけてください。

質問	症状	頻度	点数
1	朝起きた時から 寝る時まで、何回くらい おしっこをしましたか	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、 何回くらいおしっこを 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	急におしっこがしたくなり、 我慢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階以上	5
4	急におしっこがしたくなり、 我慢できずにおしっこを 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階以上	5

症状の程度		
3~5点	6~11点	12~15点
軽症	中等症	重症



○をつけた数値を
合計して下さい _____ **点**