



おしっこ具合チェックシート

質問 どのくらいの割合で 次のような症状がありましたか
あてはまる数字に○をつけてください

	全くない	割合より少ない	割合より少ない	割合くらい	割合より多い	ほとんどいつも
この1か月の間に、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か月の間に、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か月の間に、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か月の間に、尿をがまん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か月の間に、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か月の間に、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
この1か月の間に、夜寝てから朝起きるまでに ふつうの回数をするために起きましたか	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
	0	1	2	3	4	5

気になる症状がある場合は、医師へご相談ください。

合計 点数		点
----------	--	---



質問

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

とても満足	満足	ほぼ満足	なんとなく いえない	やや不満	いやだ	とてもいやだ
0	1	2	3	4	5	6



おしっこ具合チェックシート

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、
あてはまる数字に○をつけてください

症状	点数	頻度
質問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 1 2	7回以下 8~14回 15回以上
質問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 1 2 3	0回 1回 2回 3回以上
質問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	0 1 2 3 4 5	なし 週に1回より少ない 週に1回以上 1日1回くらい 1日2~4回 1日5回以上
質問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	0 1 2 3 4 5	なし 週に1回より少ない 週に1回以上 1日1回くらい 1日2~4回 1日5回以上

気になる症状がある場合は、医師へご相談ください。特に質問3の
症状がある場合は、医師へ相談されることをおすすめします。

合計 点数		点
----------	--	---

こちらの質問にも
お答えください

裏に

「ふだんの生活で
気をつけておきたいこと」を
まとめています

