

## 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、 がまんでせ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。