

ウラツツ質問票

〒100-0001 東京都千代田区千代田 1-1-1

記入日： 令和 _____

患者 ID _____

氏名 (ひらがな) _____

歳

今後の治療の参考にさせていただくため、現在のあなたの症状(排尿や睡眠)に関する以下の質問について、最もあてはまる回答を1つだけ選んで○に「✓」をつけてください。

| | |
|---|--|
| 質問1 急に我慢できなくなって尿をすることが、どれくらいの割合でありますか？ 全くない <input type="radio"/> ₁ 5回に1回の割合より少ない <input type="radio"/> ₂ 2回に1回の割合より少ない <input type="radio"/> ₃ 2回に1回の割合くらい <input type="radio"/> ₄ 2回に1回の割合より多い <input type="radio"/> ₅ ほとんどいつも <input type="radio"/> ₆ | 質問5 尿をするために夜起きることに、どれくらい困っていますか？ 困っていない <input type="radio"/> ₁ ほんの少し困っている <input type="radio"/> ₂ 少し困っている <input type="radio"/> ₃ 困っている <input type="radio"/> ₄ ひどく困っている <input type="radio"/> ₅ |
| 質問2 夜寝てから朝起きるまでに、普通何回、尿をするために起きますか？ 0回 <input type="radio"/> ₁ 1回 <input type="radio"/> ₂ 2回 <input type="radio"/> ₃ 3回 <input type="radio"/> ₄ 4回 <input type="radio"/> ₅ 5回かそれ以上 <input type="radio"/> ₆ | 質問6 急に尿を我慢できなくなることにどれくらい困っていますか？ 困っていない <input type="radio"/> ₁ ほんの少し困っている <input type="radio"/> ₂ 少し困っている <input type="radio"/> ₃ 困っている <input type="radio"/> ₄ ひどく困っている <input type="radio"/> ₅ |
| 質問3 膀胱や尿道に痛みや焼けるような感じがありますか？ 全くない <input type="radio"/> ₁ たまに <input type="radio"/> ₂ しばしば <input type="radio"/> ₃ だいたいいつも <input type="radio"/> ₄ ほとんど常に <input type="radio"/> ₅ | 質問7 膀胱や尿道の焼けるような感じ、痛み、不快な感じ、押される感じにどれくらい困っていますか？ 困っていない <input type="radio"/> ₁ ほんの少し困っている <input type="radio"/> ₂ 少し困っている <input type="radio"/> ₃ 困っている <input type="radio"/> ₄ ひどく困っている <input type="radio"/> ₅ |
| 質問4 起きている間に何度も尿をすることに、どれくらい困っていますか？ 困っていない <input type="radio"/> ₁ ほんの少し困っている <input type="radio"/> ₂ 少し困っている <input type="radio"/> ₃ 困っている <input type="radio"/> ₄ ひどく困っている <input type="radio"/> ₅ | 質問8 尿がもれることがありますか？ 全くない <input type="radio"/> ₁ 週に1回かそれより少ない <input type="radio"/> ₂ 週に何度か <input type="radio"/> ₃ 毎日ある <input type="radio"/> ₄ |

質問9 膀胱や尿道の痛みは平均して、どれくらいの強さですか？「ない」を0とし、「想像しうる最大の痛み」を10とした時、あてはまる数字に○をつけてください。



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



質問10 尿を我慢できない感じは平均して、どれくらいの強さですか？
「ない」を0とし、あてはまる数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

裏面もご記入ください ⇒

| | |
|---|---|
| 質問11 尿の問題のために、生活にどれくらい影響がありますか？ | 質問16 尿をした後に、すぐまたしたくなりますか？ |
| 全くない <input type="radio"/> ₁ 少しある <input type="radio"/> ₂ ある(中くらい) <input type="radio"/> ₃ とてもある <input type="radio"/> ₄ | 全くない <input type="radio"/> ₁ 時にある <input type="radio"/> ₂ しばしばある <input type="radio"/> ₃ いつもある <input type="radio"/> ₄ |
| 質問12 排尿の問題のために、睡眠に影響がありますか？ | 質問17 膀胱や尿道の痛みの程度は普通どれくらいですか？ |
| 全くない <input type="radio"/> ₁ 時々ある <input type="radio"/> ₂ よくある <input type="radio"/> ₃ いつもある <input type="radio"/> ₄ | 全くない <input type="radio"/> ₁ 少し <input type="radio"/> ₂ 中くらい <input type="radio"/> ₃ とても <input type="radio"/> ₄ |
| 質問13 朝起きてから夜寝るまでに、何回くらい尿をしますか？ | 質問18 現在の状態が、このまま変わらずに続くとしたら、どう思いますか？ |
| 3 ~ 6 回 <input type="radio"/> ₁ 7 ~ 10 回 <input type="radio"/> ₂ 11 ~ 14 回 <input type="radio"/> ₃ 15 ~ 19 回 <input type="radio"/> ₄ 20回以上 <input type="radio"/> ₅ | とても満足 <input type="radio"/> ₁ 満足 <input type="radio"/> ₂ ほぼ満足 <input type="radio"/> ₃ なんともいえない <input type="radio"/> ₄ やや不満 <input type="radio"/> ₅ いやだ <input type="radio"/> ₆ とてもいやだ <input type="radio"/> ₇ |
| 質問14 性交渉の時や後に、痛みや不快な症状がありますか？ | 質問19 以下の症状について、現在困っていることの順に番号1~5を記入してください。(1つでも可) |
| 全くない <input type="radio"/> ₁ 時にある <input type="radio"/> ₂ しばしばある <input type="radio"/> ₃ いつもある <input type="radio"/> ₄ | A) 昼間に何度も尿をすること _____ B) 夜間に何度も尿をすること _____ C) 尿を我慢できなくなること _____ D) 尿もれ _____ E) 排尿後の残尿感 _____ F) 膀胱や尿道の痛み _____ G) 膀胱や尿道の不快感 _____ H) 排尿問題のため、睡眠に影響があること _____ I) 排尿問題のため、日常生活に影響があること _____ J) 排尿問題のため、体に疲れを感じる _____ K) 排尿問題のため、嫌な思いをすること _____ |
| 質問15 膀胱部や骨盤部(膣、下腹部、尿道、会陰部、睾丸、陰囊など)に痛みがありますか？ | |
| 全くない <input type="radio"/> ₁ 時にある <input type="radio"/> ₂ しばしばある <input type="radio"/> ₃ いつもある <input type="radio"/> ₄ | |