

排尿状態チェックシート

前立腺肥大症にともなう症状を
チェックしてみましょう

ご記入日	年	月	日
お名前	(歳)		

国際前立腺症状スコア (IPSS)

この1ヵ月の間に、どれくらいの割合で
次のような症状がありましたか

	〈程度〉					
	全くない	割合より少ない 5回に1回の	割合より少ない 2回に1回の	割合より多い 2回に1回の	割合より多い 2回に1回の	ほとんど いつも
① 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
② 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
③ 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
④ 尿を我慢するのが難しいことがありましたか	0	1	2	3	4	5
⑤ 尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5
⑥ 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
⑦ 夜寝てから朝起きるまでに、ふつう何回尿をするために起きましたか	0回 0	1回 1	2回 2	3回 3	4回 4	5回以上 5

① ~ ⑦ の合計点数 点

QOLスコア

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