

OABSS (Overactive bladder symptom score 過活動膀胱症状スコア)

次の質問に回答してください。

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、をつけて下さい。

1. 朝起きたときから寝るときまでに、何回くらい尿をしましたか？

7 回以下	8~14 回	15 回以上
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

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	1 回	2 回	3 回以上
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

3. 急に尿がしたくなり、我慢が難しいことがありましたか？

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
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

4. 急に尿がしたくなり、我慢できずに尿をもらすことがありましたか？

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
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

過活動膀胱の診断基準：

OABSS で、質問3 の尿意切迫感スコアが 2 点以上 かつ 合計点が 3 点以上。

過活動膀胱の重症度判定：

重症度	OABSS の合計点
軽症	5 点以下
中等症	6~11 点
重症	12 点以上