

排尿チェックシート【男性専用】

ID: _____

氏名: _____

令和 年 月 日

★あなたの【おしっこ】の状態について、おうかがいします。

質問ごとに当てはまる点数に○をつけてください

どれくらいの割合で 次のような症状がありましたか	ま っ た く な い	あ ま り な い	た ま に あ る	と き ど き	し ば し ば あ る	ほ と ん ど い つ も
		5回に1回 未満	2回に1回 未満	2回に1回 くらい	2回に1回 以上	
おしっこをした後にまだ <u>残っている感じ</u> がありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこをして <u>2時間以内にもう一度</u> しなくてはならないことがありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこをしている間に <u>何度も途切れる</u> ことがありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこを <u>我慢することが難しい</u> ことが ありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこの <u>勢いが弱い</u> ことがありましたか	0	1	2	3	4	5
おしっこを出すときに、 <u>おなかに力を入</u> <u>れる</u> ことがありましたか	0	1	2	3	4	5
夜寝てから朝起きるまでに <u>何回おしっこを</u> <u>するために起きましたか</u>	0回	1回	2回	3回	4回	5回以上
	0	1	2	3	4	5

症状の程度		
0～7点 軽症	8～19点 中等症	20～35点 重症

上枠で○をつけた数値を 合計してください	点
-------------------------	---

	とても 満足	満足	ほぼ満足	なんとも いけない	やや不満	不満	とても 不満
現在のおしっこの状態が、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