

## 間質性膀胱炎の症状と問題に関する質問

下の質問は、あなたが間質性膀胱炎かどうか参考にするためのものです。あなたに最もあてはまる回答を選んで、数字に丸を付け、その数字の合計点を一番下に書いてください。

お名前	日付                    年                    月                    日
<p><b>間質性膀胱炎 症状スコア</b> この1カ月の間についてお答えください：</p> <p><b>質問1.</b> いきなり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したか</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 全くない</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5回に1回の割合より少ない</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 2回に1回の割合より少ない</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 2回に1回の割合くらい</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 2回に1回の割合より多い</p> <p>5. <input type="checkbox"/> ほとんどいつも</p> <p><b>質問2.</b> 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</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 全くない</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 5回に1回の割合より少ない</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 2回に1回の割合より少ない</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 2回に1回の割合くらい</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 2回に1回の割合より多い</p> <p>5. <input type="checkbox"/> ほとんどいつも</p> <p><b>質問3.</b> 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</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 0回</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1回</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 2回</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 3回</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 4回</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 5回</p> <p><b>質問4.</b> 膀胱（下腹部）に痛みや焼けるような感じがありましたか</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 全くない</p> <p>2. <input type="checkbox"/> たまに</p> <p>3. <input type="checkbox"/> しばしば</p> <p>4. <input type="checkbox"/> だいたいいつも</p> <p>5. <input type="checkbox"/> ほとんど常に</p> <p>丸を付けた数字の合計点： _____</p>	<p><b>間質性膀胱炎 問題スコア</b> この1ヶ月の間では、以下のことでどれくらい困っていますか</p> <p><b>質問1.</b> 起きている間に何度も尿をすること</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 困っていない</p> <p>1. <input type="checkbox"/> ほんの少し困っている</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 少し困っている</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 困っている</p> <p>4. <input type="checkbox"/> ひどく困っている</p> <p><b>質問2.</b> 尿をするために夜起きること</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 困っていない</p> <p>1. <input type="checkbox"/> ほんの少し困っている</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 少し困っている</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 困っている</p> <p>4. <input type="checkbox"/> ひどく困っている</p> <p><b>質問3.</b> いきなり尿を我慢できなくなること</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 困っていない</p> <p>1. <input type="checkbox"/> ほんの少し困っている</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 少し困っている</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 困っている</p> <p>4. <input type="checkbox"/> ひどく困っている</p> <p><b>質問4.</b> 膀胱（下腹部）の焼けるような感じ、痛み、不快な感じ、押される感じ</p> <p>0. <input type="checkbox"/> 困っていない</p> <p>1. <input type="checkbox"/> ほんの少し困っている</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 少し困っている</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 困っている</p> <p>4. <input type="checkbox"/> ひどく困っている</p> <p>丸を付けた数字の合計点： _____</p>