

# 国際前立腺症状スコア (IPSS)

患者氏名:

今日の日付:

日中連絡先電話番号:

生年月日:

あなたのBPH(前立腺肥大症)スコアを判定してみましょう

該当する回答を丸で囲み、最後にご自分のスコアを合計してください。

ここ1ヵ月間にどのくらいの頻度で次のような症状がありましたか	全くない	5回に1回未満	2回に1回未満	2回に1回位	2回に1回を超える	ほとんどいつも
残尿感 – 排尿後にまだ尿が残っているような感じがしましたか	0	1	2	3	4	5
頻尿 – 排尿後2時間も経たないうちにもう一度トイレにいかねばならないことがありましたか	0	1	2	3	4	5
尿線途絶 – 排尿中に尿が何度も途切れることがありましたか	0	1	2	3	4	5
尿意切迫感 – 排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
尿勢低下 – 尿の勢いが弱いことがありましたか	0	1	2	3	4	5
腹圧排尿 – 排尿開始時に、お腹に力を入れたり、いきむ必要がありましたか	0	1	2	3	4	5
夜間頻尿 – 夜寝てから朝起きるまでに、ふつう何回排尿の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
症状のスコアを合計してください:		+	+	+	+	+

国際前立腺スコア合計 = \_\_\_\_\_

1 – 7 軽症 | 8 – 19 中等症 | 20 – 35 重症

## 生活の質 (QOL)

スコアにかかわらず、症状にお悩みの場合は、かかりつけの医師にお知らせください。

	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
現在の排尿の状態がこのまま一生続くとしたら、どう感じますか	0	1	2	3	4	5	6

症状軽減のために薬を試したことがありますか	はい	いいえ
-----------------------	----	-----

薬は症状軽減に役立ちましたか (丸で囲んでください)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

全く軽減されない

完全に軽減された

前立腺肥大症の治療薬の服用を避けたり、中止することが可能になる低侵襲性オプションに関する情報に興味をお持ちですか	はい	いいえ
--	----	-----

本用紙に記入される情報は、匿名化の上集計され、第三者による使用のために提供される場合があります。