

尿失禁症状・QOL評価質問票（ICIQ-SF）

国際尿失禁会議

お名前 _____

1	どれくらいの頻度で尿が漏れますか？（ひとつの□をチェック）										
	<input type="checkbox"/>	なし	0								
	<input type="checkbox"/>	おおよそ1週間に1回あるいはそれ以下	1								
	<input type="checkbox"/>	1週間に2～3回	2								
	<input type="checkbox"/>	おおよそ1日に1回	3								
	<input type="checkbox"/>	1日に数回	4								
	<input type="checkbox"/>	常に	5								
2	あなたはどれくらいの量の尿漏れがあると思いますか？（ひとつの□をチェック） （あてものを使う使わないにかかわらず、通常はどれくらいの尿漏れがありますか？）										
	<input type="checkbox"/>	なし	0								
	<input type="checkbox"/>	少量	2								
	<input type="checkbox"/>	中等量	4								
<input type="checkbox"/>	多量	6									
3	全体として、あなたの毎日の生活は尿漏れのためにどれくらいそこなわれていますか？										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	まったくない						非常に				
1～3の合計点											点
4	どんな時に尿が漏れますか？（あなたにあてはまるものすべてをチェックして下さい）										
	<input type="checkbox"/>	なし：尿漏れはない									
	<input type="checkbox"/>	トイレにたどりつく前に漏れる									
	<input type="checkbox"/>	咳やくしゃみをした時に漏れる									
	<input type="checkbox"/>	眠っている間に漏れる									
	<input type="checkbox"/>	体を動かしている時や運動している時に漏れる									
	<input type="checkbox"/>	排尿を終えて服を着た時に漏れる									
	<input type="checkbox"/>	理由がわからずに漏れる									
<input type="checkbox"/>	常に漏れている										

1～3の質問に対する回答の点数を加えて0～21点で評価し、点数の高いほど重症となる。