

主要下部尿路症状質問票(CLSS) 氏名_____様

20 年 月 日

この1週間のあなたの症状にもっとも近いものを1つだけ選んで、右側の数字を○で囲んで下さい
何回くらい、尿をしましたか？

1 朝起きてから寝るまで	7回以下	0
	8~9回	1
	10~14回	2
	15回以上	3
2 夜寝ている間	0回	0
	1回	1
	2~3回	2
	4回以上	3

以下の症状が、どれくらいの頻度でありましたか？数字を○で囲んで下さい

		なし	たまに	時々	いつも
3	我慢できないくらい、尿がしたくなる	0	1	2	3
4	我慢できずに、尿がもれる	0	1	2	3
5	セキ・クシャミ・運動の時に、尿がもれる	0	1	2	3
6	尿の勢いが弱い	0	1	2	3
7	尿をするときに、お腹に力を入れる	0	1	2	3
8	尿をした後に、まだ残っている感じがする	0	1	2	3
9	膀胱（下腹部）に痛みがある	0	1	2	3
10	尿道に痛みがある	0	1	2	3

上記1から10の症状のうち、困る症状を3つ以内で選んで番号に○をつけて下さい

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

上で選んだ症状のうち、もっとも困る症状の番号に○をつけて下さい（1つだけ）

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

現在の排尿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？

とても満足	満足	やや満足	どちらでもない	気が重い	嫌だ	とても嫌だ
0	1	2	3	4	5	6