

前立腺症状スコア (NIH-CPSI)

記入日 年 月 日 お名前 様 ご年齢

● 痛みあるいは不快感

1. この一週間で、次の場所に痛みや不快感を感じたことがありましたか？

	はい	いいえ
1a. 肛門と睾丸（こうがん）の間（股の間）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
1b. 睾丸	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
1c. 陰茎の先端（排尿に関係なく）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
1d. 腰の下、下腹部や膀胱の周囲	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

2. この一週間で、次のようなことがありましたか？

	はい	いいえ
2a. 排尿中の痛みまたは灼熱感	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2b. 射精している時あるいは射精後の痛みまたは不快感	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

3. この一週間で、上記のような痛みや不快感をどのぐらい感じましたか？

<input type="checkbox"/> 0 全くない
<input type="checkbox"/> 1 ほとんどない
<input type="checkbox"/> 2 ときどき
<input type="checkbox"/> 3 しばしば
<input type="checkbox"/> 4 だいたいいつも
<input type="checkbox"/> 5 いつも

4. この一週間で、あなたが感じた痛みまたは不快感の平均を表すとしたら何点ですか？

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
全く痛くない										これ以上はないような痛み

● 排尿

5. この一週間で、尿をしたあとにまだ尿が残っている感じがありましたか？

<input type="checkbox"/> 0 全くない
<input type="checkbox"/> 1 5回に1回の割合より少ない
<input type="checkbox"/> 2 2回に1回の割合より少ない
<input type="checkbox"/> 3 2回に1回の割合くらい
<input type="checkbox"/> 4 2回に1回の割合より多い
<input type="checkbox"/> 5 ほとんどいつも

6. この一週間で、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？

<input type="checkbox"/> 0 全くない
<input type="checkbox"/> 1 5回に1回の割合より少ない
<input type="checkbox"/> 2 2回に1回の割合より少ない
<input type="checkbox"/> 3 2回に1回の割合くらい
<input type="checkbox"/> 4 2回に1回の割合より多い
<input type="checkbox"/> 5 ほとんどいつも

● 症状の影響

7. この一週間で、今ある症状のために普段していることを差し控えることがありましたか？

<input type="checkbox"/> 0 ない
<input type="checkbox"/> 1 ほんの少し
<input type="checkbox"/> 2 多少
<input type="checkbox"/> 3 とても

8. この一週間で、症状のことをどのぐらい考えましたか？

<input type="checkbox"/> 0 ない
<input type="checkbox"/> 1 ほんの少し
<input type="checkbox"/> 2 多少
<input type="checkbox"/> 3 とても

● QOL

9. この一週間にあなたが感じた症状が変わらずに続くとしたらどう思いますか？

<input type="checkbox"/> 0 とても満足
<input type="checkbox"/> 1 満足
<input type="checkbox"/> 2 ほぼ満足
<input type="checkbox"/> 3 なんともいえない
<input type="checkbox"/> 4 やや不満
<input type="checkbox"/> 5 いやだ
<input type="checkbox"/> 6 とてもいやだ

領域別スコア

痛み (1a+1b+1c+1d+2a+2b+3+4) = 点

排尿症状 (5+6) = 点

QOL への影響 (7+8+9) = 点

合計 点