

FAX 送信前に電話にて送信する旨のご連絡をお願いいたします。 TEL: 0263-37-2661

FAX 0263-37-3082

受付時間 9:00~17:00(土日祝日は除く)

前立腺肥大症の過活動膀胱症状に対する α_1 受容体遮断薬・抗コリン薬併用療法に関する臨床試験(TAABO)

TAABO 試験治療期 I (4 週後) 登録票

※印は必須です。必ずもれなくご記入下さい。

ご施設名	担当医師名
※	※
TEL 番号	登録結果返信先 FAX 番号
※	※

症例番号	※	同意取得日		年齢	
------	---	-------	--	----	--

国際前立腺症状スコア (4 週後 I-PSS) ※ ○をご記入下さい。

どれくらいの割合で次のような症状がありましたか	全くない	5 回に 1 回の割合より少ない	2 回に 1 回の割合より少ない	2 回に 1 回の割合くらい	2 回に 1 回の割合より多い	ほとんどいつも
この 1 ヶ月の間に、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 ※	0	1	2	3	4	5
この 1 ヶ月の間に、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 ※	0	1	2	3	4	5
この 1 ヶ月の間に、尿をしている間に尿が何度もとぎれることがありましたか ※	0	1	2	3	4	5
この 1 ヶ月の間に、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
この 1 ヶ月の間に、尿の勢いが弱いことがありましたか ※	0	1	2	3	4	5
この 1 ヶ月の間に、尿をし始めるためにお腹に力を入れることがありましたか ※	0	1	2	3	4	5

	0 回	1 回	2 回	3 回	4 回	5 回
この 1 ヶ月の間に、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 ※	0	1	2	3	4	5

国際前立腺症状スコア： 点

QOL スコア ※ ○をご記入下さい。

	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 ※	0	1	2	3	4	5	6

QOL スコア： 点