

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 $\alpha_1$ 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 II (8 週後) 登録票 (1/2)

以下に必要事項をご記入下さい。

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	割付群
------	-------	----	-----

国際前立腺症状スコア (8 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、ふつつ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

## TAABO 試験治療期 II (8 週後) 登録票 (2/2)

### 8 週後 排尿日誌

来院日	年	月	日
-----	---	---	---

調査開始日	年	月	日
-------	---	---	---

	尿意切迫感	昼間排尿回数	夜間排尿回数
1日目	回	回	回
2日目	回	回	回
3日目	回	回	回

### 8 週後 検査項目

(\* : 必須項目 これらのデータがないと先へ進めませんので、必ず実施して記入下さい。その他の項目は可能ならば実施下さい)

前立腺容積	mL	* 尿流検査(自排尿量)	mL
* 尿流検査(Qmax)	mL/秒	* 尿流検査(Qave)	mL/秒
* 残尿測定	mL	血圧(拡張期)	mmHg
血圧(収縮期)	mmHg	脈拍数	/min