

환자성명의 영어 머릿글자: _____
 (예: 홍길동→H.K.D)

환자 번호: _____
 작성일: _____

OAB Awareness Tool 과민성 방광에 대한 측정도구

아래는 당신이 여러 방광증상으로 인해 당신이 얼마나 지장을 받았는지에 대해 묻는 것입니다. 일부 사람들은 방광증상으로 지장을 받으면서도 증상에 따라 받을 수 있는 치료방법이 있다는 것을 알지 못합니다. 각 증상 때문에 당신이 지장 받았던 정도를 가장 잘 나타내는 숫자에 **동그라미** 해주시기 바랍니다. 선택한 수를 모두 더해 총점을 만든 다음 그 점수를 맨 아래의 칸에 적어주시기 바랍니다.

아래와 같은 증상으로 인해 얼마나 많이 지장을 받았습니까?	전혀 지장 받지 않았다	약간 지장 받았다	어느 정도 지장 받았다	꽤 지장 받았다	많이 지장 받았다	아주 많이 지장 받았다
1. 낮에 자주 소변을 보는 것	0	1	2	3	4	5
2. 소변을 봐야만 할 것 같은 불편한 충동	0	1	2	3	4	5
3. 예고 없이 갑작스럽게 소변을 봐야만 할 것 같은 충동	0	1	2	3	4	5
4. 예상치 않게 약간의 소변이 새어 나오는 것	0	1	2	3	4	5
5. 밤에 자다가 소변을 보는 것	0	1	2	3	4	5
6. 소변을 봐야만 했기 때문에 잠에서 깨어나는 것	0	1	2	3	4	5
7. 억제할 수 없이 소변을 보고 싶은 충동	0	1	2	3	4	5
8. 소변보고 싶은 강한 욕구가 생기면서 소변이 새어 나오는 것	0	1	2	3	4	5
당신은 남성입니까? <input type="checkbox"/> 만일 남성이면, 당신의 점수에 2점을 더하세요.						

위 질문들에 대한 당신의 응답을 모두 더해 주시기 바랍니다

당신이 의사를 만날 때 이 질문지를 의사에게 전해 주시기 바랍니다

당신의 점수가 8 점이나 그 이상이면, 과민성 방광이라고 할 수 있습니다. 이런 상태에 효과적인 치료방법이 있습니다. 원하신다면 당신의 증상에 대해서 담당의사와 상의하시기 바랍니다.