

환자성명의 영어 머릿글자: _____
 (예: 홍길동→H.K.D)

환자 번호: _____
 작성일: _____

과민성 방광에 대한 설문지

이 설문은 주어진 방광과 관련된 증상들로 인해 지난 4주 동안 당신이 얼마나 지장을 받았는지에 대해 묻는 것입니다. 지난 4주 동안 각각의 증상으로 귀하가 지장 받았던 정도를 가장 잘 표현하는 네모 안에 ✓ 표시해 주십시오. 정해진 정답은 없습니다. 모든 질문에 반드시 답해 주십시오.

지난 4주간 다음 각각의 증상으로 인해 당신이 얼마나 지장을 받았는지 답해 주십시오.	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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. 소변을 봐야만 할 것 같은 불편한 충동	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. 예고 없이 갑작스럽게 소변을 봐야만 할 것 같은 충동	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. 예상치 않게 약간의 소변이 새어 나오는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. 밤에 자다가 소변을 보는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. 소변을 봐야만 했기 때문에 밤잠에서 깨어나는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
7. 억제할 수 없이 소변을 보고 싶은 충동	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
8. 소변보고 싶은 강한 욕구가 생기면서 소변이 새어 나오는 것	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

환자성명의 영어 머릿글자: _____

환자 번호: _____

이전의 질문들은 각각의 방광과 관련된 증상에 대한 당신의 느낌에 관한 것들이었습니다. 다음 질문들에 대해서는 지난 4주간의 방광에 관련된 당신의 전반적인 증상들과 이 증상들이 당신의 생활에 어떻게 영향을 주었는지에 대해 생각해 보십시오. 각 질문에 대해 당신이 얼마나 자주 그렇게 느꼈는지 최선을 다해 답해 주십시오. 각 질문에 대해 가장 적절한 번호에 표를 해주십시오.

지난 4주간 동안 당신의 방광증상 때문에 얼마나 자주 ...	전혀 그런 적이 없다	드물게 그랬다	때때로 그랬다	상당히 자주 그랬다	대부분 그랬다	항상 그랬다
9. 출퇴근 이동 경로를 신중히 계획하게 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
10. 낮에 졸리거나 몽롱하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
11. 공공장소에서 화장실로 가는 '지름길'을 미리 알아놓아야 하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
12. 스트레스 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
13. 좌절하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
14. 자신에게 뭔가 문제가 있다는 느낌이 들었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
15. 밤에 숙면을 취할 수 없었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
16. 신체적 활동을 줄여야 했습니까 (운동, 스포츠, 기타)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
17. 아침에 일어날 때 충분히 잘 쉬었다는 느낌을 가지지 못하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
18. 가족과 친구들이 좌절하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
19. 불안하거나 걱정하게 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
20. 원하는 것보다 더 자주 집에 있게 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
21. 늘 화장실 가까이 있도록 하기 위해 여행계획을 조정해야 했습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

지난 4주간 동안 당신의 방광증상 때문에 얼마나 자주 ...	전혀 그런 적이 없다	드물게 그랬다	때때로 그랬다	상당히 자주 그랬다	대부분 그랬다	항상 그랬다
22. 화장실에서 멀리 떨어진 곳에서의 활동 (예: 걷기, 뛰기, 등산)을 피하게 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
23. 화장실에서 보내는 시간이 길어져서 좌절하거나 짜증났습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
24. 잠에서 깨어나야 했습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
25. 몸에서 악취가 나는 것이나 위생에 대해 걱정하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
26. 다른 사람과 여행하면서 화장실에 가기 위해 자주 쉬어야 하는 상황이 당신을 불편하게 하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
27. 가족과 친구들과의 관계에 영향을 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
28. 사교 모임(예를 들어 파티, 가족 또는 친지 방문)에 참여하는 것을 줄이게 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
29. 창피를 당한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
30. 필요한 양의 수면을 취하지 못하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
31. 교제하는 사람 혹은 배우자와 사이에 문제가 생겼습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
32. 일상활동들을 더 조심스럽게 계획하였습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
33. 낯선 장소에 도착하자마자 가장 가까이 있는 화장실의 위치를 알아보게 되었습니까?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6