

진료기록부번호 : _____ 기록날짜 : _____ 년 / 월 / 일

과민성방광 증상점수 설문지

(Overactive Bladder Symptom Score: OABSS)

아래의 증상이 어느 정도의 횟수로 있었습니까?

최근 1주일간 당신의 상태에 가장 가까운 것을 하나만 골라서 점수의 숫자에 O표 해주세요.

질문	증상	횟수	점수
1	아침에 일어나서 밤에 자기 전까지 몇 회 정도 소변을 보셨습니까?	7회 이하	0
		8~14회	1
		15회 이상	2
2	밤에 잠든 후부터 아침에 일어날 때까지 소변을 보기 위해 몇 회나 일어나셨습니까?	0회	0
		1회	1
		2회	2
		3회 이상	3
3	갑자기 소변이 마려워 참기 힘들었던 적이 있었습니까?	없음	0
		일주일에 1회 보다는 적음	1
		일주일에 1회 또는 그 이상	2
		1일 1회 정도	3
		1일 2~4회	4
		1일 5회 또는 그 이상	5
4	갑자기 소변이 마려워서 참지 못하고 소변을 지린 적이 있었습니까?	없음	0
		일주일에 1회 보다는 적음	1
		일주일에 1회 또는 그 이상	2
		1일 1회 정도	3
		1일 2~4회	4
		1일 5회 또는 그 이상	5

합계점수 : _____ 점

『질문 3의 점수가 2점 이상이면서 총점이 3점 이상』을 진단요건으로 한다.

총점이 5점 이하를 경증, 6점에서 11점을 중등증, 12점 이상을 중증으로 한다.

■ 본 한국어 OABSS 설문표의 저작권은 설문표의 원개발자인 本間之夫교수와 한국어번역자인 오승준교수가 공동으로 보유하고 있습니다.

■ 본 설문표는 과민성방광의 진료 또는 연구를 위해서라면 저작권자의 허가 없이 자유로이 복제·사용할 수 있습니다.