

排尿日誌の使い方

24時間での尿量、尿もれの量(回数)を記入しましょう。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 尿量 トイレで排尿した時、尿の量を量って記入してください。 | 2 がまんできない尿意 それまで何もなかったのに突然トイレに行きたくなり、がまんすることが難しい症状があれば○印をつけてください。 | 3 尿もれ 尿がもれた場合は○印、または尿もれ量の量り方を参考にして、パッドの重さを量った時は重さを記入してください。 | 4 飲み物の量 飲み物の量の目安を参考に、飲んだ飲み物の量を記入してください。 |
|---|---|---|---|

【記入例】

| 時間 | 尿量 (mL) | がまんできない尿意 (○印) | 尿もれ (○印またはパッドの重さ (g)) | 飲み物の量 (mL) |
|--------|---------|----------------|-----------------------|------------|
| 朝6:00 | 180mL | ○ | ○ | 180mL |
| 8:00 | 120mL | | | |
| 午後2:00 | | | 220g | |

おおよその時刻のところに記入してください。

尿もれ量の量り方

尿もれ後のパッドの重さ - もともとのパッドの重さ = 尿もれ量 (g)

飲み物の量の目安

| 飲み物 | 容量 (ミリリットル) |
|-----------------------|-------------|
| (A) コップ (高さ 約8.5cm) | 約180mL |
| (B) 湯呑み (高さ 約6cm) | 約120mL |
| (C) コーヒーカップ (高さ 約6cm) | 約120mL |
| (D) マグカップ (高さ 約7cm) | 約200mL |
| (E) 汁椀 | 約150mL |

治療前 (年 月 日) 過活動膀胱症状質問票

以下の症状がどれくらいの頻度でありましたか。この1週間のあなたの状態にもっとも近いものをひとつだけ選んで、点数の数字を○で囲んでください。

| 質問 | 症状 | 頻度 | 点数 |
|----|---------------------------------|--------------------------------------|----|
| 1 | 朝起きた時から寝る時まで、何回くらい尿をしましたか | 7回以下 | 0 |
| | | 8~14回 | 1 |
| | | 15回以上 | 2 |
| 2 | 夜寝てから朝起きるまでに、何回くらい尿をするために起きましたか | 0回 | 0 |
| | | 1回 | 1 |
| | | 2回 | 2 |
| | | 3回以上 | 3 |
| 3 | 急に尿がしたくなり、がまんが難しいことがありましたか | なし | 0 |
| | | 週に1回より少ない | 1 |
| | | 週に1回以上 | 2 |
| | | 1日1回くらい | 3 |
| | | 1日2~4回 | 4 |
| 4 | 急に尿がしたくなり、がまんでせずに尿をもらすことがありましたか | なし | 0 |
| | | 週に1回より少ない | 1 |
| | | 週に1回以上 | 2 |
| | | 1日1回くらい | 3 |
| | | 1日2~4回 | 4 |
| | 合計点数 | 5点以下...軽症 / 6~11点...中等症 / 12点以上...重症 | 点 |

出典：過活動膀胱診療ガイドライン(一部改変)

質問3の点数が2点以上、かつ全体の合計点が3点以上であれば、**過活動膀胱**と診断されます。

治療前

1回目 日付: 年 月 日 起床: _____
就床: _____

| 時間 | 尿量 (mL) | がまん できない 尿意 (○印) | 尿もれ (○印または パッドの重さ (g)) | 飲み物の 量 (mL) |
|---------|------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|
| 朝6:00 | | | | |
| 8:00 | | | | |
| 10:00 | | | | |
| 昼12:00 | | | | |
| 午後2:00 | | | | |
| 4:00 | | | | |
| 6:00 | | | | |
| 8:00 | | | | |
| 10:00 | | | | |
| 深夜12:00 | | | | |
| 2:00 | | | | |
| 4:00 | | | | |
| 合計 | 回 mL | 回 | 回 g | mL |

2回目 日付: 年 月 日 起床: _____
就床: _____

| 時間 | 尿量 (mL) | がまん できない 尿意 (○印) | 尿もれ (○印または パッドの重さ (g)) | 飲み物の 量 (mL) |
|---------|------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|
| 朝6:00 | | | | |
| 8:00 | | | | |
| 10:00 | | | | |
| 昼12:00 | | | | |
| 午後2:00 | | | | |
| 4:00 | | | | |
| 6:00 | | | | |
| 8:00 | | | | |
| 10:00 | | | | |
| 深夜12:00 | | | | |
| 2:00 | | | | |
| 4:00 | | | | |
| 合計 | 回 mL | 回 | 回 g | mL |

3回目 日付: 年 月 日 起床: _____
就床: _____

| 時間 | 尿量 (mL) | がまん できない 尿意 (○印) | 尿もれ (○印または パッドの重さ (g)) | 飲み物の 量 (mL) |
|---------|------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|
| 朝6:00 | | | | |
| 8:00 | | | | |
| 10:00 | | | | |
| 昼12:00 | | | | |
| 午後2:00 | | | | |
| 4:00 | | | | |
| 6:00 | | | | |
| 8:00 | | | | |
| 10:00 | | | | |
| 深夜12:00 | | | | |
| 2:00 | | | | |
| 4:00 | | | | |
| 合計 | 回 mL | 回 | 回 g | mL |

(記入したものを受診時にお渡してください)