

氏名： \_\_\_\_\_

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## NBD スコア<sup>1</sup> - The Neurogenic Bowel Dysfunction score

	点
1. 排便はどれぐらいの頻度でありますか？ <input type="radio"/> 毎日 (0点) <input type="radio"/> 1週間に2~6回 (1点) <input type="radio"/> 1週間に1回以下 (6点)	
2. 1回の排便に、どれぐらいの時間がかかりますか？ <input type="radio"/> 30分以下 (0点) <input type="radio"/> 31~60分 (3点) <input type="radio"/> 1時間超 (7点)	
3. 排便中または排便後に、不安感、発汗、頭痛がありますか？ <input type="radio"/> はい (2点) <input type="radio"/> いいえ (0点)	
4. 便秘の治療のため、薬（錠剤）を服用していますか？ <input type="radio"/> はい (2点) <input type="radio"/> はい (2点)	
5. 便秘の治療のための薬（滴剤または液剤）を使用していますか？ <input type="radio"/> はい (2点) <input type="radio"/> いいえ (0点)	
6. どれぐらいの頻度で摘便（便を指でかきだす）をしますか？ <input type="radio"/> 1週間に1回未満 (0点) <input type="radio"/> 1週間に1回以上 (6点)	
7. どれぐらいの頻度で便失禁がありますか？ <input type="radio"/> 毎日 (13点) <input type="radio"/> 1週間に1~6回 (7点) <input type="radio"/> 1か月に1~4回 (6点) <input type="radio"/> 1か月に1回未満 (0点)	
8. 便失禁を治療するために薬を服用していますか？ <input type="radio"/> はい (4点) <input type="radio"/> いいえ (0点)	
9. オナラを我慢することができないことがありますか？ <input type="radio"/> はい (2点) <input type="radio"/> いいえ (0点)	
10. 肛門周辺の皮膚に、何か問題がありますか？ <input type="radio"/> はい (3点) <input type="radio"/> いいえ (0点)	
合計点	

現在の排便管理に対するあなたの満足度を、下記の0~10の番号上に「×印」をつけて表してください。0は大変満足していることを、10は大変不満であることを表しています。

←大変満足 大変不満→

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

### 神経因性大腸機能障害の重症度

スコア 0-6 : ごく軽度

スコア 7-9 : 軽度

スコア 10-13 : 中等度

スコア 14以上 : 重度