

NBD スコア

氏名 : _____

記入日: _____年 _____月 _____日

あなたの排便状態、便秘、便漏れなどについて、下記の該当する個所に☑してください。

1. 排便はどれぐらいの頻度でありますか？
 - 毎日 (0点)
 - 1週間に2~6回 (1点)
 - 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？
 - 30分以下 (0点)
 - 31~60分 (3点)
 - 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？
 - はい (2点)
 - 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？
 - はい (2点)
 - いいえ (0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？
 - はい (2点)
 - 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？
 - 1週間に1回未満 (0点)
 - 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？
 - 毎日 (13点)
 - 1週間に1~6回 (7点)
 - 1か月に1~4回 (6点)
 - 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？
 - はい (4点)
 - いいえ (0点)

