

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）

