

連絡番号

Bladder Cancer Index (BCI) 日本語版

この質問票は、膀胱がんと診断を受けた方や尿路変向手術を受けた方を対象とし、そのQOL(生活の質)を測るためのものです。あなたの健康状態や日常生活を正確に理解するためには、すべての質問にありのままに答えていただくことが大切です。答えていただいた内容は、外部に漏れることはありません。お手数をお掛けしますが、ご協力をよろしくお願い申し上げます。

生年月日 _____

記入日 _____

性別 男性・女性

主治医 _____

排尿の状態

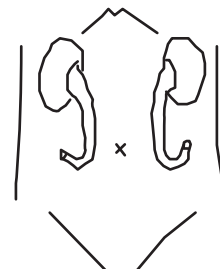
あなたの排尿の状態についておうかがいします。過去4週間の状態に限ってお答えください。

1. 次のうちどれがあてはまりますか。(一番よくあてはまるものに 印をつけてください)

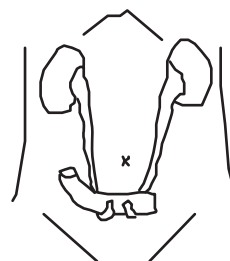
この欄には記入
しないで下さい

1 膀胱の摘出手術は受けていない

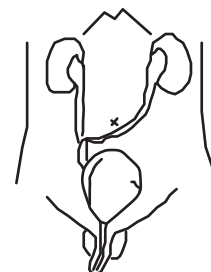
2 膀胱の摘出手術を受け、
尿管皮膚ろう(ストーマ)を持っている



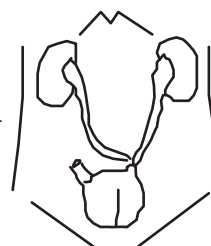
3 膀胱の摘出手術を受け、
回腸導管(ストーマ)を持っている



4 膀胱の摘出手術を受け、
尿道から排尿する目的の代用膀胱を持っている



5 膀胱の摘出手術を受け、
カテーテルで導尿する目的の代用膀胱を持っている



6 その他 具体的に _____

23/

2. **過去 4 週間**に、大体どのくらいの頻度で尿の排泄をする必要があったと感じましたか。

- 1 1日1回もしくは2回
- 2 3-5時間に1回
- 3 2時間に1回 (○はひとつだけ)
- 4 1時間に1回
- 5 1時間に1回以上

0/

3. **過去 4 週間**に、起床時もしくは日常活動時に尿をもらしてしまうことは何回くらいありましたか。

- 1 全くない
- 2 1週間に1回以下 (○はひとつだけ)
- 3 1週間に1回くらい
- 4 毎日

24/

4. **過去 4 週間**に、寝ている間に尿をもらしてしまうことは何回くらいありましたか。

- 1 全くない
- 2 1週間に1回以下 (○はひとつだけ)
- 3 1週間に1回くらい
- 4 毎日

25/

5. **過去 4 週間**に、日常生活での尿もれの状態を最もよく表しているのは次のどれですか。

- 1 自分の意志に反して尿がもれることはなかった
- 2 時々尿もれがあった (○はひとつだけ)
- 3 しばしば尿もれがあった
- 4 全く自分の意志でコントロールできなかった

26/

6. **過去 4 週間**に、就寝中の尿もれの状態を最もよく表しているのは次のどれですか。

- 1 自分の意志に反して尿がもれることはなかった
- 2 時々尿もれがあった (○はひとつだけ)
- 3 しばしば尿もれがあった
- 4 全く自分の意志でコントロールできなかった

27/

7. 過去 4 週間に、次のような状態にどのくらい悩まされましたか。

(ア～エまでのそれぞれの質問について、一番よく当てはまるものに 印をつけてください)

| | 全く悩まされなかつた | ほんの少し悩まされた | 少し悩まされた | 悩まされた | 非常に悩まされた | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|
| ア) 皮膚炎を起こすような尿もれ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 28/ |
| イ) においを伴うような尿もれ | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 29/ |
| ウ) 尿に血が混じる | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 30/ |
| エ) 排尿の際の痛み、回腸導管に関する痛み 、もしくは導尿に関する痛み | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 31/ |

8. 過去 4 週間、尿の排泄にどのくらい手間がかかっていましたか？

- 1 全く手間がかからなかった
- 2 ほんの少し手間がかかった
- 3 少し手間がかかった (○はひとつだけ)
- 4 手間がかかった
- 5 非常に手間がかかった

32/

9. 過去 4 週間、自分の膀胱、回腸導管、代用膀胱もしくは、その導尿に関する問題で、日常活動がどのくらい妨げられましたか。

(ア～ウまでのそれぞれの質問について一番よく当てはまるものに 印をつけてください)

| | 全く、妨げられなかつた | わずかに、妨げられた | 少し、妨げられた | かなり、妨げられた | 非常に、悩まされた | |
|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|
| ア) 友人との社会的な活動 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 33/ |
| イ) 運動 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 34/ |
| ウ) 睡眠 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 35/ |

排便とおなかの状態

あなたの排便の状態やおなかの痛みについておうかがいします。**過去4週間**の状態に限ってお答えください。

この欄には記入
しないで下さい

1. **過去4週間**に、急に便意をもよおして、もれそうになることが何回くらいありましたか。

- 1 めったになかった、または全くなかった
- 2 1週間に1回くらい
- 3 1週間に1回以上 (○は一つだけ)
- 4 1日に1回くらい
- 5 1日に1回以上

36/

2. **過去4週間**に、便が液状（形がない、水のような、どろどろした）だったことが何回くらいありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 めったになかった
- 3 2回に1回くらい (○は一つだけ)
- 4 たいていそうだった
- 5 毎回そうだった

37/

3. **過去4週間**に、排便の時に痛みを感じたことが何回くらいありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 めったになかった
- 3 2回に1回くらい (○は一つだけ)
- 4 たいていそうだった
- 5 毎回そうだった

38/

4. **過去4週間**に、通常は1日に何回排便しましたか。

- 1 1回以下
- 2 2回 (○は一つだけ)
- 3 3回
- 4 4回以上

39/

5. 過去4週間に、次のような状態にどのくらい悩まされましたか。

(ア～オまでのそれぞれの質問について一番よく当てはまるものに☑印をつけてください)

| | 全く悩まされなかった ↓ | ほんの少し悩まされた ↓ | 少し悩まされた ↓ | 悩まされた ↓ | 非常に悩まされた ↓ | |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|
| ア) 急に便意をもよおす | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 40/ |
| イ) 排便回数の増加 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 41/ |
| ウ) 便に血が混じる | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 42/ |
| エ) 肛門の奥、腹部、骨盤あたりの痛み | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 43/ |
| オ) 便秘 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 44/ |

6. 全体的にみて、過去4週間の排便やおなかの状態にどのくらい悩まされましたか。

- 1 全く悩まされなかった
- 2 ほんの少し悩まされた
- 3 少し悩まされた (○は一つだけ)
- 4 悩まされた
- 5 非常に悩まされた

45/

性機能

あなたの現在の性機能や性的満足度について、おうかがいします。大変個人的な内容の質問がありますが、あなたが日々直面されている問題を理解する上で役立つものです。プライバシーは完全に保護され、あなたの名前はどこにも出ません。**過去4週間**の状態に限って、ありのままをお答えください。

この欄には記入
しないで下さい

1. 次のそれぞれの項目について、**過去4週間**の状態はあなたにとってどうでしたか。
(ア～オまでのそれぞれの質問について、一番よく当てはまるものに 印をつけてください)

| | とても低い ↓ | 低い ↓ | ふつう ↓ | 高い ↓ | とても高い ↓ | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| ア) 性的欲求の程度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46/ |
| イ) オーガズム (性的な絶頂感) に達する能力 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47/ |
| ウ) 生殖器およびその周辺の知覚の程度 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48/ |
| エ) 性的な行為に興奮する能力 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49/ |
| オ) 性交をする能力 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50/ |

2. **過去4週間**に、性行為 (**全ての**性的な行為) を何回くらい行いましたか。

- 1 全くない
- 2 1週間に1回以下 (○はひとつだけ) 51/
- 3 1週間に1回くらい
- 4 毎日

3. **過去4週間**に、何回くらい性交の時に痛みがありましたか。

- 1 全くなかった
- 2 めったになかった
- 3 あまりなかった (○は一つだけ) 52/
- 4 よくあった
- 5 とてもよくあった

4. 過去4週間に、次の項目にどのくらい悩まされましたか。

(ア～ウまでのそれぞれの質問について、一番よく当てはまる番号に 印をつけてください)

| | 全く悩まされなかった | ほんの少し悩まされた | 少し悩まされた | 悩まされた | 非常に悩まされた | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----|
| ア) 性的欲求の程度 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 53/ |
| イ) 性行為 (全ての性的な行為) をする能力 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 54/ |
| ウ) オーガズム (性的な絶頂感) に達する能力 | <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | 55/ |

5. 全体的にみて、過去4週間の性的な能力 (性的欲求、オーガズムなど) はあなたにとってどうでしたか。

- 1 とても低い
- 2 低い
- 3 ふつう (○は一つだけ)
- 4 高い
- 5 とても高い

56/

6. 全体的にみて、過去4週間の「性機能」や「性的機能の不足」にどのくらい悩まされましたか。

- 1 全く悩まされなかった
- 2 ほんの少し悩まされた
- 3 少し悩まされた (○は一つだけ)
- 4 悩まされた
- 5 非常に悩まされた

57/