

Modified Fecal Incontinence Quality of Life Scale (mFIQL)

(J Gastroenterol, DOI: 10.1007/s00535-010-0239-z)

便のくもれが気になって、以下にあげるようなことが経験をしたことがどれくらいありましたか？ この1ヶ月間についてお答えください

	ぜんぜん ない ▼	まれに ▼	たびたび ▼	ほとんど いつも ▼
1) 便のくもれが気になって 外出するのが怖かったですか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
2) 便のくもれが気になって、よその家を 訪問するのを避けていましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
3) 便のくもれが気になって外泊 を避けていましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
4) 映画や観劇などに出かけるのが むずかしいことがありましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
5) 外出するまえは食べる量を 控えましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
6) 外出しているときは、できるだけトイレの 近くにいるようにしていましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
7) 一日の予定を立てるのに排便の パターンを気にしましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
8) 便のくもれが気になって、やりたいことを 思うようにできないことがありましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
9) 電車や飛行機などでの旅行を 避けていましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
10) トイレに間に合わないことがあるのではないかと 気にしていましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
11) 外食するのを避けていましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
12) 便のくもれが気になって、寝付けなかったり、 目が覚めたりしたことはありましたか？	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
13) 便のくもれのことがいつも、 頭から離れませんでしたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4
14) 慣れないところに行くとき、いつも トイレがどこにあるか確認しましたか	_____ <input type="checkbox"/> 1	_____ <input type="checkbox"/> 2	_____ <input type="checkbox"/> 3	_____ <input type="checkbox"/> 4