

Fスケール (FSSG) 問診票の使用方法

- 1 問診票をご本人様にお渡し下さい。
- 2 ご本人様にボールペン(または鉛筆)で、自分の症状に該当する数字(スケール)に○印を付けてもらいます。
- 3 1~12のスコアの合計点数を記入し、総合計点数を記入します。
- 4 スコアが8点以上であれば、他の疾患と比較して逆流性食道炎/GERDの可能性が高いと判断します。
- 5 Fスケール問診票の結果を参考にして、内視鏡検査等を実施します。
- 6 治療経過中の効果を確認する時は、1~3を実施します。

F

スケール 問診票

FSSG (Frequency Scale for the Symptoms of GERD)

記入日:平成 年 月 日

ご本人様控

※あなたは以下にあげる症状がありますか？
ありましたら、その程度を記入欄の数字(スケール)に○を付けてお答え下さい。

質問	記入欄				
	ない	まれに	時々	しばしば	いつも
1 胸やけがしますか？	0	1	2	③	4
2 おなかかたはることがありますか？	0	①	2	3	4
3 食事をした後に胃が重苦しい(もたれる)ことがありますか？	①	1	2	3	4
4 思わず手のひらで胸をこすってしまうことがありますか？	0	1	2	③	4
5 食べたあと気持ちが悪くなることがありますか？	①	1	2	3	4
6 食後に胸やけがおこりますか？	0	1	2	③	4
7 喉(のど)の違和感(ヒリヒリなど)がありますか？	0	1	②	3	4
8 食事の途中で満腹になってしまいますか？	0	①	2	3	4
9 ものを飲み込むと、つかえることがありますか？	①	1	2	3	4
10 苦い水(胃酸)が上がってくることがありますか？	0	1	2	3	④
11 ゲップがよくでますか？	0	①	2	3	4
12 前かがみをすると胸やけがしますか？	0	①	2	3	4

合計点数

4 + 2 + 9 + 4 = 19

総合計点数

その他、何か気になる症状があればご遠慮なくご記入ください。

2

ご本人様記入欄

3

カットオフ値 (総合計点数)

	感度	特異度	一致率
8点	62%	59%	60%
10点	55%	69%	63%

F スケール問診票

FSSG (Frequency Scale for the Symptoms of GERD)

記入日:平成 年 月 日

※あなたは以下にあげる症状がありますか？
 ありましたら、その程度を記入欄の数字（スケール）に○を付けて
 答え下さい。

お名前

(ID ;)

歳

男・女

質問	記入欄				
	ない	まれに	時々	しばしば	いつも
1 胸やけがしますか？	0	1	2	3	4
2 おなかがはるがありますか？	0	1	2	3	4
3 食事をした後に胃が重苦しい(もたれる)ことがありますか？	0	1	2	3	4
4 思わず手のひらで胸をこすってしまうことがありますか？	0	1	2	3	4
5 食べたあと気持ちが悪くなることがありますか？	0	1	2	3	4
6 食後に胸やけがおこりますか？	0	1	2	3	4
7 喉(のど)の違和感(ヒリヒリなど)がありますか？	0	1	2	3	4
8 食事の途中で満腹になってしまいますか？	0	1	2	3	4
9 ものを飲み込むと、つかえることがありますか？	0	1	2	3	4
10 苦い水(胃酸)が上がってくることがありますか？	0	1	2	3	4
11 ゲップがよくでますか？	0	1	2	3	4
12 前かがみをすると胸やけがしますか？	0	1	2	3	4

総合計点数

その他、何か気になる症状があればご遠慮なくご記入ください。

合計点数

+ + + =

M. Kusano et al.:J Gastroenterol.,39,888 (2004)

酸逆流関連症状 = 点

運動不全(もたれ)症状 = 点