

酸逆流関連・運動不全症状：2枚複写（10セット）

F スケール 問診票

FSSG Frequency Scale for the Symptoms of GERD

【監修】群馬大学 客員教授 草野 元康

Fスケール 問診票は、**逆流性食道炎／GERDの診断**および**治療経過中の効果確認**のためのサポートツールです。

- ▶ 12項目の簡単な質問をたし算するだけで評価できます。
- ▶ スコア8点以上で、逆流性食道炎／GERDの可能性が高いと判断できます。
- ▶ 逆流性食道炎／GERDの治療効果が確認できます。
(内視鏡所見との合致率が高いことが確認されています。)
- ▶ 短時間で記入でき、すみやかに評価できるため、患者様の治療への満足度が高まります。
- ▶ 患者様の症状および治療に対する理解が深まります。
- ▶ 日本オリジナルの問診票です。

Fスケール 問診票を使用した場合の逆流性食道炎／GERD診断および治療効果確認 フローチャート



Fスケール (FSSG) 問診票の使用方法

- 1 本冊子から問診票(複写2枚綴り)を切り離し、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 1枚はご本人様にお渡し下さい。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 治療経過中の効果を確認する時は、1~4を実施します。

ご本人様控

Fスケール問診票

FSSG (Frequency Scale for the Symptoms of GERD)

お名前

(ID:)
歳
男・女
記入日: 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 おなかがはるごことがありますか？	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 グップがよくでますか？	0	①	2	3	4
12 前かがみをするとき胸やけがしますか？	0	①	2	3	4

合計点数
④ + ② + ① + ④

総合計点数 =
19

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。

M. Kusano et al.:J Gastroenterol.,39,888 (2004)
©Eisai Co., Ltd., 2002

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)

お名前	(ID :)	歳	男・女	記入日: 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。

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 おなかのはるがありますか？	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 前かがみをするとき胸やけがしますか？	0	1	2	3	4

酸逆流関連症状 = 点

運動不全(もたれ)症状 = 点

合計点数

+ + +

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。

F スケール問診票

ご本人様控

FSSG (Frequency Scale for the Symptoms of GERD)

お名前

(ID :)

歳

男・女

記入日: 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。

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 おなかのはるがありますか？	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 前かがみをするとき胸やけがしますか？	0	1	2	3	4

合計点数

+ + +

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。



EAファーマ株式会社
東京都中央区入船二丁目1番1号