



# 夜尿症問診票



氏名( ) 性別( 男 ・ 女 ) 年齢( 歳 )  
 生年月日( S・H・R 年 月 日生) 学年( 年少・年中・年長・小学 年・中学 年)

夜尿外来の受診は、初めてですか？

はい  いいえ ( 過去の治療についてわかる範囲でご記入ください )

おねしょの頻度はどの程度ですか？

毎日  週に( )回  月に( )回

1ヶ月程度、おねしょが治っていた時期がありますか？

いいえ  はい ( いつ頃ですか？ )

日中トイレの回数が多いですか？( 授業中にトイレに行く、休み時間ごとにトイレに行くなど )

いいえ  はい(1日 回程度)

日中失禁はありますか？

いいえ  はい( 多量 ・ 少量 )

排便の頻度はどの程度ですか？

毎日  週に( )回

排便はどのような性状ですか？

普通  硬め  柔らかめ

夕食・就寝時間は何時ですか？

夕食( )時頃 就寝( )時頃

今後、泊りの行事はありますか？

いいえ  はい ( いつ頃ですか？ )

いびきはかきますか？

いいえ  はい

鼻づまりはありますか？

いいえ  はい

アレルギーはありますか？

いいえ  はい( )

今まで病気にかかったことがありますか？( 小児喘息やアトピー性皮膚炎、てんかんなど )

いいえ  はい ( どのような病気ですか？ )

ご家族について

本人を除く兄弟姉妹( 人 ) 構成( )

おねしょの治りが遅かった方はいますか？( 父親 ・ 母親 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 )