

夜尿症問診票

なまえ： 年齢(才, 年生) 体重(Kg)

1. 今までに夜尿の治療をしたことがありますか？	はい	いいえ
いつどのような治療ですか？ (才頃		
2. 現在、他の病気で通院をしていますか？	はい	いいえ
病名と治療(
3. 薬や注射、食べ物などでアレルギーがありますか？	はい	いいえ
何で: 症状:		
4. オムツは何歳でとれましたか？	才	
5. 昼間の尿もれはありますか？	はい	いいえ
6. 便のもれはありますか？	はい	いいえ
7. 1日の尿回数は何回ですか？	回	
8. おねしょの頻度はどのくらいですか？	回	
9. 一晩のおねしょは2回以上ありますか？	はい	いいえ
10. おねしょをする時間帯はいつ頃ですか？ (夜中、明け方など)		
11. おねしょの量はどのくらいですか？	少量	多量
12. おねしょをした後に目が覚めますか？	はい	いいえ
13. 最近生活で大きな変化や気になることがありますか？	はい	いいえ
14. 朝は何時に起きますか？	時	
15. 夕食は何時ですか？	時	
16. お風呂は何時ですか？	時	
17. 夜眠るのは何時ですか？	時	
18. 夕食に水分をとる(汁、水、お茶など)習慣がありますか？	はい	いいえ
19. 寝る前に水分(飲み物やアイス、果物など)をとる習慣がありますか？	はい	いいえ
どのような物をどのくらい:		
20. 寝る前にトイレに行く習慣がありますか？	はい	いいえ
21. その他、おねしょについてお気づきのことがあればご記入ください。		

