

問診票（夜尿症）

年 月 日

お名前

生年月日

年 月 日

- ①今までおねしょの検査・治療を受けたことがありますか？ （ある ・ ない）
- ②今まで6か月以上おねしょがなかった期間がありますか？ （ある ・ ない）
- ③おねしょは週に何回くらいですか？ （ 回／週）
- ④量が一番多いときはどの程度ですか？
（パンツが濡れる ・ パジャマまで濡れる ・ シーツまで濡れる）
- ⑤祖父母・親・きょうだいでおねしょが小学校まで続いた方がいましたか？
（いた ・ いない ・ わからない）
- ⑥おねしょの対策は何かしていますか？
（起こす ・ おむつやパッドなど ・ とる水分を調整 ・ その他）
- ⑦おしっこは1日何回くらいですか？ （ 回／日）
- ⑧昼間のおもらしはありますか？ （ある ・ ない）
- ⑨うんちを漏らすことはありますか？ （ある ・ ない）
- ⑩うんちの頻度 （毎日 ・ 2－3日に1回 ・ 4日に1回）
- ⑪習い事や塾、スポーツなど放課後の外出はありますか？ （ある ・ ない）
- ⑫夕食時間は何時ですか？ （ 時）
- ⑬寝る時間は何時ですか？ （ 時）
- ⑭夕方、帰宅してから寝るまでの水分摂取量
（よく取る ・ まあまあ取る ・ あまりと取らない ・ 全く取らない）
- ⑮1日の水分（ジュース、お茶、牛乳など）の摂取量
（よく取る ・ まあまあ取る ・ あまりと取らない ・ 全く取らない）
- ⑯塩辛いものは好きですか？ （好き ・ ふつう ・ 薄味）
- ⑰治療に対する希望（保護者）
（積極的に治したい ・ 治せるなら治したい ・ 様子を見たい）
- ⑱治療に対する希望（本人）
（治したい ・ どちらでもいい ・ あまり通院したくない）
- ⑲お泊り行事の予定はありますか？ （ある ・ ない）

その他、聞きたいことなどあればお書きください。

