

夜尿相談 初診問診票

氏名_____ 年齢_____ 歳

以下の質問について、あてはまるものに○をつけてください

・夜尿の頻度 : 週に_____回(例:毎日なら週7回、1日おきなら週3-4回など)

一晩で2回以上夜尿が出る : よくある たまにある ない

夜中にトイレに行く : 自分で起きて行く 家族が起こして連れていく 行かない

これまでに夜尿が治ったことがある : ある ない

日中におしっこを漏らすことがある : ある ない

・生活について

夕食 : _____ 時頃(数字を記入)

寝る時間 : _____ 時頃(数字を記入)

起きる時間 : _____ 時頃(数字を記入)

排便 : _____ 日に1回(数字を記入 例:毎日なら1日に1回、1日おきなら2日に1回など)

塩辛い食べ物・味の濃い食べ物が好きですか? : 好き 嫌い どちらでもない

寝る前に水を飲みますか? : よく飲む たまに飲む 飲まない

寝る前にトイレに行って排尿しますか? : する しない

日中頻回にトイレに行きますか? : よく行く たまに行く あまり行かない

・夜尿の件で病院に相談したことがありますか? : ある ない

(あると言われた方のみ)相談した医師に何と言われましたか?

(言われた内容を記入_____)

(あると言われた方のみ)治療はしましたか? : した しない

(治療をした方のみ)何の薬を使いましたか?(薬の名前_____)

・夜尿に対してお子さん自身はどう思っていますか?

気にしていない 気にして何とかしたいと言っている