

夜尿相談 問診票

お名前 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 歳

現在内服中のお薬はありますか？ あり(薬名 _____) ・ なし

①おねしょについて

●治療について本人の希望 あり ・ なし

●今までの夜尿の検査・治療の有無 あり ・ なし
 *ありと答えた方⇒検査・治療内容をご記入ください。(内容: _____)

●今まで6か月以上、おねしょがなかった期間の有無 あり ・ なし
 *ありと答えた方⇒再度おねしょが始まったのはいつからですか？ (_____)年(_____)月頃

●おねしょの頻度 週に(_____)回 ・ 一晩に(_____)回

●おねしょの時間帯 就寝後(_____)時間位 ・ 明け方

●おねしょをして目覚めること あり ・ なし

●おねしょの量 パンツが濡れる ・ パジャマが濡れる ・ シーツが濡れる

②普段のトイレについて

●1日の平均回数 (_____)回

●日中のおもらし(ちびる)の有無 あり ・ なし
 *以前あった方は何歳ころまでありましたか？ (_____)歳頃

●うんちをもらすことの有無 あり ・ なし

●トイレでうんちをする頻度 毎日 ・ 2~3日に1回 ・ 4日以上に1回

③普段の生活について

●起床時間 (_____)時頃

●寝起き 良い ・ 悪い

●いびきの有無 あり ・ なし

●朝食 (_____)時頃

●夕食 (_____)時頃

●就寝時刻 (_____)時頃

●水分を摂取する時間帯 夜起きて水を飲む ・ 食事をしながら飲む
 その他(いつ: _____)

●夕方帰宅してから、寝るまでの水分摂取量 何を(_____)(_____)mlくらい

●寝る前に排尿 している ・ していない

●習い事、塾、スポーツの有無 あり(_____) ・ なし

●塩辛いものの嗜好 好む ・ 好まない

●おねしょ対応 起こす ・ おむつ・パット・防水シーツの使用
 水分の取り方の調節
 その他(_____)

