

# おねしょの問診票

氏名 \_\_\_\_\_

後藤こどもクリニック

1. お子さまの性別をお答えください。 男 女
2. お子さまの年齢をお答えください。  
5歳以下 6歳 7歳 8歳 9歳 10歳 11歳 12歳 13歳 14歳以上
3. あなたのお住まいの地域はどちらですか。
4. どなたが問診票に記入しましたか。 両親2人で 母親 父親 その他 ( )
5. お子様の日常生活について教えてください。  
就寝時間 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 起床時間 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 夕食の時間 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分  
おやつ時間 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分
6. 現在服薬中の薬  
なし あり 場合は (1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ )
7. 夕食の終了から寝るまでの時間を教えてください。 \_\_\_\_時間 \_\_\_\_分程度
8. 夜尿の頻度を教えてください。  
毎日 週に3-4回 週に1-2回 月に1-2回 年に数回
9. 夜尿の回数(寝て起きるまで何回おむつを濡らすか)を教えてください。 \_\_\_\_回
10. 夜間尿量(おむつの濡れ具合)等を教えてください。  
非常にたっぷり たっぷり シーツに少々 パンツに少々 しみ程
11. 日中のトイレに行く回数を教えてください。  
1-2時間ごと 3-4時間ごと 5-6時間ごと
12. 日中のおもらし(尿漏れは)ありますか。 ある ない
13. ご両親のどちらか、おねしょをしていましたか？  
なし あり >> 父親 母親 両親ともに  
ありの場合は治った年齢を教えてください。  
5歳以下 6歳 7歳 8歳 9歳 10歳 11歳 12歳 13歳 14歳以上
14. 夜尿症に対して現在家庭で行っている対処法(おむつ装着、水分制限など)について教えてください。
15. 夜尿症の診断や治療に対して疑問点など(お聞きしたいことを含めて)を教えてください。

