

# 問診票(夜尿症)

No. \_\_\_\_\_



なかしまこどもクリニック

ふりがな お名前	男 女	生年月日 平成・令和 年 月 日 歳 カ月
ご住所 〒(      -      )	電話番号 (      -      -      ) 携帯電話 (      -      -      ) メールアドレス @	

熱 \_\_\_\_\_℃ 体重 \_\_\_\_\_kg

※あてはまるものに○をつけて記入してください

- ・今までにおねしょの検査や治療をしたことがありますか ある・ない
- ・おねしょの回数 毎日 週に(      )回 月に(      )回
- ・おねしょの量 多量(シーツまでぬれる程度)  
中量(パジャマまでぬれる程度)  
少量(パンツがぬれる程度)  
オムツ使用(多量・中量・少量)
- ・おねしょの時間帯 就寝後すぐ・深夜・朝方・朝まで気付かない
- ・いつから 生まれてからずっと  
いったん無くなっていたが再び始まった  
→おねしょが無くなったのは(      )歳頃・(      年      月頃)  
→再び始まったのは(      )歳頃・(      年      月頃)
- ・日中におもらしをすることはありますか ある・ない
- ・睡眠 就寝時間:      時頃 起床時間:      時頃
- ・就寝前のトイレに行きますか 行く・行かない

※現在、他院に通院中の方は病名と通院先、お薬をお書きください

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

※出産・発育について

出生体重 (      g ) (      週)  
出生時、新生児期に異常はありませんでしたか? なし・あり→(      )

※いままでにかかった病気、もしくは現在通院・治療中の病気について

突発性発疹	風疹	はしか	水ぼうそう	おたふくかぜ	百日咳
けいれん(熱性・その他)	川崎病	気管支喘息	花粉症	アトピー性皮膚炎	
じんま疹	中耳炎	その他(      )			

※食物アレルギー 不明・なし・あり →(対象食物      )

※薬剤アレルギー 不明・なし・あり →(対象食物      )

※いままでに受けた予防接種について

ロタウイルス(1回・2回・3回)	B型肝炎(1回・2回・3回)
Hib(1回・2回・3回・追加)	肺炎球菌(1回・2回・3回・追加)
三種・四種混合(1回・2回・3回・追加)	BCG
麻疹・風疹(MR)(1期・2期)	水ぼうそう(1回・2回)
おたふくかぜ(1回・2回)	日本脳炎(1回・2回・第1期追加・第2期)
ポリオ(生、不活化)(1回・2回・3回・追加)	その他(      )

※ご家族の方であてはまるものがあればお答えください(どなたですか?)

喘息 (      )	アトピー (      )	食物アレルギー (      )
花粉症 (      )	けいれん (      )	薬剤アレルギー (      )
高血圧 (      )	糖尿病 (      )	心臓病 (      )
肝臓病 (      )	腎臓病 (      )	その他 (      )

※これまでに入院、手術を受けたことはありますか?

いいえ・はい → (病名:      ) (病院:      ) (時期:      )