

診 療 申 込 書

フリガナ			年齢	性別	男性	・	女性
名前			歳	生年月日	大正	昭和	年
			ヶ月		平成		
住所	〒						
自宅電話				携帯電話			

*来院のきっかけを教えてください。(複数回答可)

クリニック看板・チラシ・雑誌記事・近居・家族知人紹介・他院紹介・HP・その他 ()

夜尿症初診<問診票>

お名前 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳 _____ ヶ月
 身長 _____ cm ; 体重 _____ kg

おねしょ頻度 毎日 週 日
 おねしょ程度 パンツ/パジャマ/シーツまでぐっしょり
 就寝前の排尿 あり/なし
 日中の尿失禁 あり/なし
 夜尿の改善歴 あり/なし
 排尿回数 () 回/日
 排便回数 () 回/日 軟らかめ/普通(バナナ状)/硬め
 飲水量 () L/日程度

<生活リズム>

起床 () 時、 帰宅 () 時、 夕食 () 時、 入浴 () 時、 就寝 () 時
 習い事 週 () 日
 食事の味付け 薄め/普通/濃い
 寝る直前の飲水量 () ml 程度

既往歴)

在胎 () 週、 () g 健診で異常 あり/なし
 尿路感染症の既往 あり/なし
 学校検尿で異常 あり/なし

家族歴)

両親、兄 (歳) ・姉 (歳) ・弟 (歳) ・妹 (歳) 、本人 夜尿症の家族歴 あり/なし