

# 夜尿相談 初診問診



お名前 ( ) 歳 ヶ月 男・女

1 : 以下の項目の当てはまるところへチェックをしてください。

- お子様、保護者様ともに治療を希望されていますか？
- これまでずっと夜尿が持続していますか？
- 今までに一旦6ヶ月以上夜尿のなかった時期がありましたか？
- 便秘ですか？（排便の回数に関わらず、硬い便しか出ない場合も含みます）すでに治療を受けておられる場合はお薬の名前を記入してください（ ）
- 昼間のお漏らしはありますか？（少量の場合も含みます）
- 多飲はありますか？
- 夕食時間（ : ） 就寝時間（ : ） 起床時間（ : ）

2 : この1ヶ月間のご様子を教えてください。

（ほとんどない1・半分より少ない2・ほぼ半分3・ほとんど常に4・判らない5）

- \* 日中に服や下着が濡れていることがあった 1・2・3・4・5
- \* 日中にお漏らしをした時、下着がぐっしょりとなる 1・2・3・4・5
- \* 大便が出ない日があった 1・2・3・4・5
- \* 排便の時、気張っている（便が硬い） 1・2・3・4・5
- \* 日中の排尿回数が1、2回くらいしかない 1・2・3・4・5
- \* 足を交差させたり、しゃがんだり、股間を押さえておしっこを我慢している様子がある 1・2・3・4・5
- \* おしっこをしたくなると、すぐに我慢できなくなる 1・2・3・4・5
- \* お腹に力を入れないとおしっこが出ない 1・2・3・4・5
- \* おしっこをする時痛い 1・2・3・4・5

3 : 次のようなストレスを受けるイベントがお子様に最近ありましたか？

当てはまる項目にマルをつけてください。

弟、妹の誕生      お引越し      転校・進学・クラス替え      学校でのトラブル

家庭内の問題（離婚や身近な方との死別など）      怪我や病気での入院や通院

宿泊行事が近い

トロント式機能障害的排尿症状スコア日本語改訂版より一部抜粋しています

