

フリガナ

●お名前

Blank box for name

(男・女)

●年齢 歳 ヶ月 (年中・年長・小・中・高 年生)

●生年月日 年 月 日

●ご住所 〒

●自宅 ●携帯

●学校名

●どこからか紹介されましたか? で困ってください。
かかりつけのお医者さん・保健所・学校の保健の先生・本を見て・ホームページで・その他

●夜尿はずっと続いていますか?
●夜尿の頻度は?
●夜尿の時間帯は?
●夜尿の量は?
●季節による変化はありませんか?
●起きている間の排尿回数は?
●起きている間のおもらし
●尿意

●水分はよく摂りますか?
●夜間起こしていますか?
●これまでに夜尿の治療を受けたことがありますか?
●オムツはしていますか?
●今までに以下のことがありましたか?
●持病
●その他

●夕食・お風呂・就寝・起床時間はいつですか?
●食事の時の程度水分(お茶、牛乳、味噌汁など)をとりますか?
●食事の時以外に、どの程度水分をとりますか?
●午後4時から寝るまでに以下のものをよく食べますか?
●排便習慣はどうですか?
●お子さんは、夜尿を気にしていますか?
●お子さんの性格は?
●生理は始まっていますか?

●兄弟について?
●ご両親、親戚で、夜尿が治りにくかった方はいますか?

●夜尿以外に、何か心配事や、気になることがありますか?
●近々、外泊の予定がありますか?
●習い事をしていますか?

わからないことがありましたらお申し出ください めかたクリニック