

診 療 申 込 書

フリガナ		年齢	性別	男性	・	女性
名前		歳 ヶ月	生年月日	大正 昭和 平成	年	月 日
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( )

ミューザ川崎こどもクリニック

# 夜尿症初診

記入日 月 日

ふりがな  
お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 歳 ヶ月

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

## <生活リズム>

1. 起床 ( ) 時、帰宅 ( ) 時、夕食 ( ) 時、入浴 ( ) 時、就寝 ( ) 時
2. 習い事：週 ( ) 日
3. 食事の味付け：薄め・普通・濃い
4. 寝る直前の飲水量 ( ) ml 程度

## <既往歴>

1. 在胎 ( ) 週、出生体重 ( ) g
2. 健診で異常：あり・なし
3. 尿路感染症の既往：あり・なし
4. 学校検尿で異常：あり・なし

## <家族歴>

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