

No. _____

お名前 _____ 様

次の質問にお答えください。

- ① ご本人、保護者様ともに治療を望まれていますか。 はい・いいえ
- ② これまでずっと夜尿が続いていますか。
それとも、6ヶ月以上夜尿がなかった時期はありましたか。
ずっと続いていた・ない時期もあった（ ヶ月くらい）
- ③ 便秘はありますか。 はい・いいえ
- ④ 昼間におもらし（ちびること：軽い尿漏れ）はありますか はい・いいえ
- ⑤ 多飲・多尿はありますか。 はい・いいえ
- ⑥ 排尿するときに痛みはありますか。 はい・いいえ
- ⑦ おおよその生活時間を教えてください。
夕食時間（ : ） 就寝時間（ : ） 起床時間（ : ）
- ⑧ トイレに行くのを怖がりますか。 はい・いいえ
- ⑨ ご家族のなかで夜尿症だった方はいらっしゃいますか。 はい・いいえ
- ⑩ 夜間排尿のために、お子さんを起こしていますか。 はい・いいえ