

記入日：令和 年 月 日

おねしょのことで受診されるお子様の保護者の方へ

ID: _____ 名前: _____ 性別: 男 女 年齢: _____ 歳 _____ ヶ月

お子様の日中の排尿の様子についての質問です（最近1ヵ月間の様子でお答えください）

以下の質問にお答えください（わかる範囲で結構です）

1. ご家族に小学生になってもおねしょをしていた方はいらっしゃいますか？
□いない □わからない □いる ⇒ 次の方のうちどなたですか？
□きょうだい □ご両親 □祖父母 □その他（ _____ ）

2. いつ頃オムツがとれましたか？（オシッコがしたいと言えるようになった時期です）
_____ 歳頃

3. 便秘がありますか？また、便をもらすことがありますか？ □はい □いいえ

4. おねしょの頻度はどのくらいですか？ 一晚 _____ 回、 週 _____ 回

5. 昼間もおシッコを漏らす（チビる）ことがありますか？ □はい □いいえ

6. 6ヵ月以上、おねしょをしない時期がありましたか？ □はい □いいえ

7. おねしょに対してどのような対応をしていますか？
□起こす □叱る □オムツの使用 □夜の水分制限 □その他
⇒ その他について具体的に

8. お子様の平日の生活スタイルについて、具体的に記入してください
夕食時刻 : 午後 _____ 時頃 夕食時の飲水量 : _____ ml (汁物も含む)
就寝時刻 : 午後 _____ 時頃 夕食後から寝るまでの飲水量 : _____ ml
起床時刻 : 午前 _____ 時頃

9. そのほか困っていることがあれば具体的にお書きください

症状	ほとんど ない	半分より 少ない	ほぼ半分	ほとんど 常に	わから ない
日中に服や下着がオシッコで濡れていることがあった	0	1	2	3	×
日中におもらしをするときは下着がぐっしょりとなる	0	1	2	3	×
大便が出ない日がある	0	1	2	3	×
強くいきんで大便を出す	0	1	2	3	×
1, 2回しかトイレに行かない日があった	0	1	2	3	×
足を交差させたり、しゃがんだり、股間をおさえたりしてオシッコを我慢することがある	0	1	2	3	×
オシッコをしたくなると、もうがまんできない	0	1	2	3	×
お腹に力を入れないとオシッコができない	0	1	2	3	×
オシッコをするときに痛みを感じる	0	1	2	3	×
下記のようなストレスを受けることがお子様にありましたか？					
・ 弟や妹が生まれた ・ 引っ越し ・ 特別なイベント ・ 転校・進学など ・ 学校でのトラブル ・ 家庭内の問題（離婚・死別など） ・ 事故や大きな怪我 ・ 虐待、その他	いいえ(0)			はい(3)	

☆裏面は、お子様の昼間の排尿に関する質問です。
昼間のおもらしが無い場合でも、当てはまる項目があればお答えください。

判定基準：女兒で6点以上、男児で9点以上