

【おしっこに異常がみられるとき用】

●おしっこの状態について

診察日 年 月 日

No. _____

尿の回数	<input type="checkbox"/> いつもと変わらない 1日 () 回 <input type="checkbox"/> 増えた：1日 () 回から () 回へ <input type="checkbox"/> 減った：1日 () 回から () 回へ
量	<input type="checkbox"/> まったく (ほとんど) でない <input type="checkbox"/> 少し出る <input type="checkbox"/> 大量に出る <input type="checkbox"/> 特に変化なし
色	<input type="checkbox"/> 赤やピンク色 <input type="checkbox"/> 乳白色 <input type="checkbox"/> 濃い黄褐色 <input type="checkbox"/> ほとんど色が出ない <input type="checkbox"/> 特に変化なし
におい	<input type="checkbox"/> においがきつい <input type="checkbox"/> 甘いにおいがする <input type="checkbox"/> ほとんど無臭 <input type="checkbox"/> 特に変化なし
排尿の様子	<input type="checkbox"/> 頻繁にトイレに行くが尿が出ない <input type="checkbox"/> 排尿時に痛そうに鳴く <input type="checkbox"/> 頻繁にトイレに行き大量の尿を出す <input type="checkbox"/> トイレでない場所でしてしまう <input type="checkbox"/> 特に変化なし
トイレにキラキラ光る砂のようなものが残っている	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

●全身の様子について

食欲	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
元気	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
飲水量	<input type="checkbox"/> あまり水を飲まない <input type="checkbox"/> 大量に水を飲む <input type="checkbox"/> 特に変化なし
体重	<input type="checkbox"/> やせてきた <input type="checkbox"/> 特に変化なし <input type="checkbox"/> 太ってきた
下痢・嘔吐	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
吐く息がにおう	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
外陰部からのおりもの	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
陰部をなめる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
腹部の腫れや触ると痛がるなどの症状	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない

●その他メモ欄

※そのほか気になること、受信時に先生へ伝えようと思うことがあればメモして下さい。