



問診票②

今まで行ったことのある治療について教えてください。

現在も行っている治療には○を付けて下さい。



期間	治療の種類	効果

例)

期間	治療の種類	効果
H29.9.23~10.10	ミニリンメルト 120 μg	なし (夜尿 週5回)
H29.10.11~11月上旬	ミニリンメルト 240 μg	あり (夜尿 週5回だが量が減った)
H29.10月上旬~	アラーム治療	不明