



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 |