






Dzienniczek mikcji



Nazwisko i imię:

Data: Dzień tygodnia:

Godzina porannego wstania z łóżka: Godzina pójścia spać:

Lp.	Godzina	 Czynność, podczas której dochodzi do popuszczenia moczu, objaw towarzyszący	 Parcie na pęcherz bez popuszczania moczu	 Oddanie moczu w toalecie	 Przyjęte płyny	 Objętość oddanego moczu
1.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłające <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Dzienniczek mikcji c.d.

Lp.	Godzina	Czynność, podczas której dochodzi do popuszczenia moczu, objaw towarzyszący	Parcie na pęcherz bez popuszczania moczu	Oddanie moczu w toalecie	Przyjęte płyny	Objętość oddanego moczu
11.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłące <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłące <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłące <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłące <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15.		Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input type="checkbox"/> Parcie nagłące <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Podsumowanie

PRZYKŁADOWE WYPEŁNIENIE DZIENNICZKA

Nazwisko i imię: Kowalski Jan
 Data: 12.10.2008 Dzień tygodnia: czwartek
 Godzina porannego wstania z łóżka: 6.30 Godzina pójścia spać: 22.00

Lp.	Godzina	Czynność, podczas której dochodzi do popuszczenia moczu, objaw towarzyszący	Parcie na pęcherz bez popuszczania moczu	Oddanie moczu w toalecie	Przyjęte płyny	Objętość oddanego moczu
1.	7.30	Podnoszenie, kichanie, kaszel itp. <input checked="" type="checkbox"/> Parcia nagłące <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		