

Dzienniczek mikcji

Imię i nazwisko: Wiek:

Data:			
GODZ.	PŁYNY [ml]	MOCZ [ml]	Uwagi (np. epizody moczenia, parcia, jakie płyny, owoce i ich ilość, inne)
00:00			
01:00			
02:00			
03:00			
04:00			
05:00			
06:00			
07:00			
08:00			
09:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00			
14:00			
15:00			
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			
22:00			
23:00			
SUMA:			