Dzienniczek migreny Miesiąc: _____ Rok: _____ Imię: _____

Dzień	Siła bólu (zakreśl)	Czas trwania	Lek przeciwbólowy i dawka	Pomógł?	Miesiączka (✓)	Objawy (A, N, Ś)	Możliwe czynniki, notatki
1	1 2 3			T N			
2	1 2 3			T N			
3	1 2 3			T N			
4	1 2 3			T N			
5	1 2 3			T N			
6	1 2 3			T N			
7	1 2 3			T N			
8	1 2 3			T N			
9	1 2 3			T N			
10	1 2 3			T N			
11	1 2 3			T N			
12	1 2 3			T N			
13	1 2 3			T N			
14	1 2 3			T N			
15	1 2 3			T N			
16	1 2 3			T N			
17	1 2 3			T N			
18	1 2 3			T N			
19	1 2 3			T N			
20	1 2 3			T N			
21	1 2 3			T N			
22	1 2 3			T N			
23	1 2 3			T N			
24	1 2 3			T N			
25	1 2 3			T N			
26	1 2 3			T N			
27	1 2 3			T N			
28	1 2 3			T N			
29	1 2 3			T N			
30	1 2 3			T N			
31	1 2 3			T N			

Razem w miesiącu: dni z bólem _____ · dni z silnym bólem _____ · dni z lekiem przeciwbólowym _____ · pierwszy dzień miesiączki _____

Siła bólu: 1 – słaby (da się funkcjonować), 2 – średni (wyraźnie przeszkadza), 3 – silny (trzeba przerwać zajęcia). Objawy: A – aura, N – nudności lub wymioty, Ś – nadwrażliwość na światło lub dźwięk. Dni bez bólu zostaw puste. · migrener.pl