

Täyttöohje

Kivun voimakkuus:

- 1 = lievä
- 2 = keskivaikkea
- 3 = vaikea

Ruudun alaosaan käytetyt lääkevalmisteet (A-I)
Mahdollinen kuukautisten alkamispäivä ympäröidään.

Esimerkki:



P = pahoinvointi
O = oksentaminen

Käytetyt lääkkeet

A _____

B _____

C _____

D _____

E _____

F _____

G _____

H _____

I _____

Lisätietoja päänsäryistä



Suomen Migreeniyhdistys ry

Malmin kauppatie 26, 3.krs

00700 Helsinki

toimisto@migreeni.org

www.migreeni.org

Painatusta tukemassa:



Nimi _____

Puh _____

Päänsärky- PÄIVÄKIRJA



Vuosi _____

Ota mukaan lääkäriin!

Täyttöohjeet kääntöpuolella	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TAMMI																															
HELMI																															
MAALIS																															
HUHTI																															
TOUKO																															
KESÄ																															
HEINÄ																															
ELO																															
SYYS																															
LOKA																															
MARRAS																															
JOULU																															

Merkitse tähdellä ruudukkoon päivä, josta haluat antaa lisätietoja!

*pvm _____ : _____

*pvm _____ : _____

*pvm _____ : _____

*pvm _____ : _____

*pvm _____ : _____

*pvm _____ : _____