

Huvudvärksdagbok

Namn:

Månad:

Huvudvärkens karaktär					Andra symptom	Behandling				Kommentarer
Datum & tid	Hur länge gjorde det ont? (min)	Hur ont gjorde det? (skala 1-10)	Var gjorde det ont?	Utlösande faktorer?	Exempelvis: Rinnande öga, ögonrodnad, hängande ögonlock, minskad pupill, nästäppa, rinnande näsa, svettningar i panna/ansikte, illamående/kräkningar, ljud/ljuskänslig	Läkemedel	Dos & styrka	Tidpunkt	Effekt (Ja/nej)	Exempelvis: Annat som utmärkte värken, annan behandling etc.