

Дневник головной боли

ФИО:

Дата начала:  
Дата окончания:

| Дата | Сила боли | Описание головной боли | Продолжительность приступа | Провоцирующие факторы |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(дата и время начала приступа)* | *(оцените интенсивность головной боли по 10-балльной шкале)* | *(опишите характер боли и сопутствующие приступу явления вроде повышения артериального давления)* | *(укажите продолжительность приступа; как прекратилась головная боль?)* | *(возможные или достоверно существующие провоцирующие факторы)* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |