

Ay:		Aybaşı (Adet) olduğunuz günlerin üzerini kalem ile çiziniz																															
		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	
Yıl: 20....	Baş ağrısı şiddeti	Şiddetli																															
		Orta																															
		Hafif																															
	Bulantı																																
	Kusma																																
	Ağrı kesici sayısı																																

Ay:		Aybaşı (Adet) olduğunuz günlerin üzerini kalem ile çiziniz																															
		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	
Yıl: 20....	Baş ağrısı şiddeti	Şiddetli																															
		Orta																															
		Hafif																															
	Bulantı																																
	Kusma																																
	Ağrı kesici sayısı																																

Ay:		Aybaşı (Adet) olduğunuz günlerin üzerini kalem ile çiziniz																															
		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	
Yıl: 20....	Baş ağrısı şiddeti	Şiddetli																															
		Orta																															
		Hafif																															
	Bulantı																																
	Kusma																																
	Ağrı kesici sayısı																																

**Açıklamalar:** Aynı günde farklı şiddette ağrınız olduysa en şiddetli olanını işaretleyiniz  
Ağrı kesici sayısında o gün ağrınızı kesmek için aldığınız ilaçların toplam sayısını yazınız.  
Size her gün düzenli kullanmanız için verilen ilaçları yazmayınız