

HOOFDPIJNDAGBOEK - NAAM:

Vul dagelijks in:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. of U al dan niet hoofdpijn heeft (0: neen, 1: ja) 2. de duur van deze hoofdpijn (uren, indien de ganse dag aanhoudend, duid aan met D) 3. hoe hevig deze hoofdpijn is (0: geen pijn tot 10: ondraaglijke pijn) | <ol style="list-style-type: none"> 4. of U omwille van hoofdpijn afwezig was op het werk of op school (0: neen, 1: ja) 5. of U pijnstillers neemt (0: neen, 1: ja) 6. of U misselijk bent (0: neen, 1: ja) 7. of U gevoelig bent voor licht of geluid (0: neen, 1: ja) |
|---|--|

Maand:	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
Hoofdpijn?																															
Hoofdpijnduur (uren)																															
Ernst hoofdpijn 0: geen pijn tot 10: ondraaglijke pijn																															
Afwezig werk/school?																															
Gebruik pijnstillers?																															
Misselijk?																															
Gevoelig voor licht?																															
Gevoelig voor geluid?																															

Maand:	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
Hoofdpijn?																															
Hoofdpijnduur (uren)																															
Ernst hoofdpijn 0: geen pijn tot 10: ondraaglijke pijn																															
Afwezig werk/school?																															
Gebruik pijnstillers?																															
Misselijk?																															
Gevoelig voor licht?																															
Gevoelig voor geluid?																															