Пожалуйста, напишите все медикаменты, которые Вы принимаете против головной боли:

A:

B:

C:

Интенсивность боли: .....

0 ⟶ 10
Нет боли Сильнейшие боли

Пожалуйста, укажите число, соответствующее интенсивности Вашей боли (от 0=нет боли и до 10=сильнейшие боли)

Продолжительность боли: .....

Пожалуйста, укажите продолжительность Вашей боли (в часах)

Психологические и физиологические причины начала боли:

1) Стресс / беспокойство, тревога
2) Отдых
3) Изменение ритма сна / пробуждения
4) Менструация
5) Ваша личная причина.....
.....
6) Другая личная причина.....
.....

Питание / напитки как причины головной боли:

A Сыр
B Алкогольные напитки
C Шоколад
D Кофе, Кола
E Ваша личная причина.....
F Следующая личная причина.....
.....

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft

Месяц.....

			Характер и место головной боли				Сопровождающие симптомы				
День	Интенсивность	Продолжительность	Пульсирующая	Давящая / тупая	Односторонняя	Двусторонняя	Тошнота	Рвота	Боязнь шума	Боязнь света	Расстройство зрения
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											

			Колчиество			Помогло ли Вам лекарство?		
День	Причина	Медикаменты / Лекарство	Капель	Таблеток	Свечей	Да	Нет	Немного
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								