

Headache Diary

Name: _____

Month: _____

Day	Breakfast	Morning	Lunch	Afternoon	Dinner	Evening	Overnight	Painkillers?
1								Y / N
2								Y / N
3								Y / N
4								Y / N
5								Y / N
6								Y / N
7								Y / N
8								Y / N
9								Y / N
10								Y / N
11								Y / N
12								Y / N
13								Y / N
14								Y / N
15								Y / N
16								Y / N
17								Y / N
18								Y / N
19								Y / N
20								Y / N
21								Y / N
22								Y / N
23								Y / N
24								Y / N
25								Y / N
26								Y / N
27								Y / N
28								Y / N
29								Y / N
30								Y / N
31								Y / N

<p>Key:</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: green; margin-right: 5px;"></div> no/mild headache (green) </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: orange; margin-right: 5px;"></div> moderate headache (orange) </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 15px; height: 15px; background-color: red; margin-right: 5px;"></div> Severe headache (red) </div> </div>	<p>Total:</p> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div>Mild days _____</div> <div>Moderate days _____</div> <div>Severe days _____</div> <div>Painkiller days _____</div> </div>
--	--