

MIN SYMPTOMDAGBOG

Notér de daglige symptomer og hvordan de påvirker din hverdag.
Dette overblik kan være vigtig information til lægekonsultationen.

	 Øjne			 Næse			 Vejtrækning			 Træthed			Medicin indtaget		Påvirkede aktiviteter*	
Dato													Ja	Nej	Ja	Nej
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																

* Søvnproblemer, koncentrationsbesvær i skole eller på arbejde, fravær fra undervisning eller job, behov for at undgå bestemte steder eller aktiviteter, begrænsninger i socialt samvær, mv.