Data wystąpienia migreny	Długość trwania migreny	Skala bólu (1-5)	Lokalizacja bólu	Objawy dodatkowe	Liczba przespanych tego dnia godzin	Skala doświadcza-nego tego dnia stresu (1-5) i jego przyczyny	Pogoda danego dnia	Posiłki i przekąski zjedzone w dniu wystąpieniem objawów	Ilość wody/ napoi spożyta tego dnia	Czy tego dnia został pominięty jakiś posiłek?	Leki i suplementy brane tego dnia	Podjęte działania na złagodzenie bólu z oceną ich skutecz-ności (1-5)*.	Inne**

* Jeśli stosowano leki – jakie, w jakiej dawce i o której.

uPacjenta

** Wypisz inne możliwe czynniki mogące powodować migrenę, jeśli wystąpiły:

- spożycie alkoholu,
- nadmierny wysiłek fizyczny,
- intensywne bodźce świetlne,
- hałas,
- choroba lokomocyjna,
- palenie papierosów,
- depresja lub stany lękowe,
- uraz głowy,
- menstruacja.