

**Vul dagelijks in:**

1. of U al dan niet hoofdpijn heeft (0: neen, 1: ja)
2. hoe hevig deze hoofdpijn is (0: geen pijn tot 10: ondraaglijke pijn)
3. of er naast hoofdpijn ook nekpijn is (0:neen, 1: ja)
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
<b>Hoofdpijn?</b>																															
<b>Ernst hoofdpijn</b> 0: geen pijn tot 10: ondraaglijke pijn																															
<b>Nekpijn?</b>																															
<b>Afwezig werk/school?</b>																															
<b>Gebruik pijnstillers?</b>																															
<b>Misselijk?</b>																															
<b>Gevoelig voor licht?</b>																															
<b>Gevoelig voor geluid?</b>																															

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
<b>Hoofdpijn?</b>																															
<b>Ernst hoofdpijn</b> 0: geen pijn tot 10: ondraaglijke pijn																															
<b>Nekpijn</b>																															
<b>Afwezig werk/school?</b>																															
<b>Gebruik pijnstillers?</b>																															
<b>Misselijk?</b>																															
<b>Gevoelig voor licht?</b>																															
<b>Gevoelig voor geluid?</b>																															