שם:_____ת"ז:_____

| יום ותאריך | עוצמת כאב (0-10) | | | פוגע בתפקוד 0-10 | מעיר משינה (V) | איכות שינה 0-10 | איכות חיים 0-10 | תרופות נוספות והערות (ציין תרופות אחרות שנטלת לכאב: סוג, מינון, ומספר בדורים) | תרופה ניתנת |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | בוקר | צהריים | ערב | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

**עוצמת כאב:** 0=ללא כאב 10=הכאב החזק ביותר שייתכן. **מפריע ליומיום:** 0=לא מפריע 10=מפריע ביותר **איכות שינה:** 0=גרועה 10=מצוינת. **איכות חיים:** 0=גרועה 10=מצוינת