# Diario alimentare ed emicrania

Foglio vuoto · da compilare a mano · A4, adatto anche a US Letter · dim.arvetechapps.com · scheda organizzativa, non un test diagnostico

| Data / ora del pasto | Cibo / bevande | Mal di testa? (sì/no) | Cefalea: ora o assenza | Altro contesto |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |