Diario del sonno e dell'emicrania

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

Notte / data	A letto / risveglio	Sonno stimato / interruzioni	Mal di testa? (sì/no)	Dolore massimo (0–10)	Cefalea il giorno dopo