Meteo ed emicrania: registro della pressione

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

Data / ora / luogo	Fonte / tipo / unità	Mal di testa? (sì/no)	Dolore massimo (0–10)	Osservazione sulla cefalea	Sonno / contesto