

Lapsen nimi _____ syntymäaika _____ ikä _____

Ensimmäinen päänsärky, milloin _____

Päänsärky Tuntuu toispuoleisena <input type="checkbox"/> , Missä:	Ympäri pään <input type="checkbox"/>
Tuntuu jyskyttävän, sykkivän <input type="checkbox"/>	Tasaisena <input type="checkbox"/>
Alkaa äkillisesti <input type="checkbox"/>	Alkaa pikkuhiljaa <input type="checkbox"/>

Päänsärkyyn liittyy yleensä Pahoinvointia <input type="checkbox"/> Oksentelua <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Valonarkuutta <input type="checkbox"/> Hajuerkkyyttä <input type="checkbox"/> Meluerkkyyttä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
Liikkuminen ja fyysinen rasitus pahentavat särkyä: kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>

Päänsärkyä edeltää Näköhäiriöitä <input type="checkbox"/> Millaisia	
Tuntohäiriöitä, pistelyä <input type="checkbox"/> Poissaolevuutta <input type="checkbox"/> Puheentuottamisen vaikeutta <input type="checkbox"/>	
Huimausta <input type="checkbox"/> Väsyneisyyttä <input type="checkbox"/> Uneliaisuutta <input type="checkbox"/> Haukottelua <input type="checkbox"/>	

Merkitse kohtaukset seuraavan sivun päänsärkypäiväkirjaan.

