# Diario del dolore



**Nome della persona** _____

**Settimana del** _____

| Data | Ora | Dove | Dolore (da 0 a 10) | Che tipo di dolore è | Farmaco assunto | Cosa ha aiutato |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |