혈당 기록표

본인 이름 _____

주 시작일 _____

사용 단위(mg/dL 또는 mmol/L) _____

의사가 정한 목표 범위 _____

	아침 식사 전	아침 식사 2 시간 후	점심 식사 전	점심 식사 2 시간 후	저녁 식사 전	저녁 식사 2 시간 후	취침 시간
월요일							
화요일							
수요일							
목요일							
금요일							
토요일							
일요일							

메모