

---



# Medicinjournal

---



En 30-dages guidet dagbog



Sporer

Skabt med LoomJournals

---

# Sådan bruger du denne dagbog

---

Velkommen til din dagbog! Her er nogle tips til at få mest muligt ud af den:

- 1 Sæt et par minutter af hver dag til at skrive
- 2 Vær ærlig og skriv frit uden at dømme
- 3 Prøv at skrive på samme tidspunkt hver dag for at opbygge en vane
- 4 Gennemgå dine noter ugentligt for at opdage mønstre

- 
- Markér hver medicindosis, efterhånden som du tager den
  - Notér, hvis du oplevede bemærkelsesværdige symptomer den dag
  - Gennemgå ugentligt for eventuelle glemte doser



Scan for en detaljeret guide til, hvordan du bruger denne dagbog

# Medicinjournal

Dato: \_\_\_\_\_

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Medicinnavn	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Morgenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftermiddagsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aftenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Noter

---

---

---

---

---

---

---

---

# Medicinjournal

Dato: \_\_\_\_\_

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Medicinnavn	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Morgenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftermiddagsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aftenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Noter

---

---

---

---

---

---

---

---

# Medicinjournal

Dato: \_\_\_\_\_

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Medicinnavn	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Morgenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftermiddagsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aftenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Noter

---

---

---

---

---

---

---

---

# Medicinjournal

Dato: \_\_\_\_\_

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Medicinnavn	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Morgenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftermiddagsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aftenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Noter

---

---

---

---

---

---

---

---

# Medicinjournal

Dato: \_\_\_\_\_

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Medicinnavn	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dosis	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Morgenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eftermiddagsmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aftenmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptomer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Noter

---

---

---

---

---

---

---

---