Smerteskala fra 1-10
(1 er ganske lidt, 10 er det værst tænkelige)
|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|_
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Navn + cpr. nr.

MAVEPINEDAGBOG

Ugedag og dato	**Ondt i maven fra kl. til kl.**	**Smerteskala fra 1 – 10**	**Blev hjemme**	**Andre symptomer, eks. kvalme, diaré, feber**