Дневник самоконтроля

Фамилия Имя Отчество: _____

Телефон: _____

Адрес: _____

Контактное лицо: _____

Телефон: _____

Дневник контроля приема медикаментов

Дата назначения/ Врач	Название медикамента	Форма	Примечание	Дозировка				Дата отмены
				утро	обед	вечер	ночь	

Дневник контроля артериального давления

Дата	Время	Артериальное давление	Пульс	Примечание

Дневник контроля уровня сахара в крови

Дата	Время	Сахар в крови	Примечание