

Diabetesdagbok för blodsockermätning

Dagboken tillhör:

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____ Postnr. _____

Telefon: _____

Mitt dagliga diabetesmål: (Ställ in detta i samarbete med din läkare)

Före frukost (fastande) ____ mmol/l til ____ mmol/l **Kväll** (fastande) ____ mmol/l til ____ mmol/l

Före måltid (fastande) ____ mmol/l til ____ mmol/l **Kl. _- _** (fastande) ____ mmol/l til ____ mmol/l

Efter måltid ____ mmol/l til ____ mmol/l **Annat** ____ mmol/l til ____ mmol/l

Frukost

Lunch

Middag

Kväll

Dag	Datum	Frukost		Lunch		Middag		Kväll	
		TID	BLOD SOCKER	TID	BLOD SOCKER	TID	BLOD SOCKER	TID	BLOD SOCKER
MÅN	/ /								
Kommentar/Medicin:									
TIS	/ /								
Kommentar/Medicin:									
ONS	/ /								
Kommentar/Medicin:									
TOR	/ /								
Kommentar/Medicin:									
FRE	/ /								
Kommentar/Medicin:									
LÖR	/ /								
Kommentar/Medicin:									
SÖN	/ /								
Kommentar/Medicin:									

