HEADACHE DIARY.

Name ……

Date of Birth …../…../19…..

Hospital Number ……

Address ……
……
……
……
……

Post a photocopy of this diary to your consultant (if asked to do so) and bring the original diary along to your clinic appointment

SPECIMEN HEADACHE DIARY.

This page illustrates how the diary should be filled out.
Pain is scored from 0 to 10. Score 0 when you are pain free and 10 when you have the worst pain you have ever had.
Fill out the diary for the hours over which you are awake. Also indicate the times at which you went to sleep and woke up. The 24 hour clock is used below i.e 1 is 1 am and 13 is 1 pm.
List all the headache medications taken during the period over which the diary is kept. Give the number of tablets taken and , if possible, also the doses. Please note down the times at which the medications are taken.

Date: 2/10/2006

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7							X									X	X							
6						X																		
5															X			X						
4														X					X					
3								X	X			X	X							X		X		
2																					X		X	
1																								
0										X	X													
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time					5.45		7.30									16.15							23.00	
Medications					Woke		Coproxamol 2 tablets									Ibrupofen 400mgs							Slept	

List all present medications and doses below:

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								

Date:……/…../…….

Pain Severity

10																								
9																								
8																								
7																								
6																								
5																								
4																								
3																								
2																								
1																								
0																								
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**

Time

Time																								
Medications																								