

Navn: _____

CPR: _____ Måned: _____



KLINIK FOR BØRN & UNGE

ALLERGI - SYMPTOMREGISTRERING

Markér med 1-3 (1 lette, 2 moderate og 3 svære symptomer)						Medicin (navn skrives i feltet)		
Dato	Øjenkløe	Næsekløe	Nysen	Træthed	Udslæt	Antihistamin _____	Næsespray _____	Øjendråber _____
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								
31.								

KOMMENTARER:

Udfyldes dagligt og medtages til kontrol ☺