

Headache Diary



Patient's Name: _____ Date of Birth: _____
 Month: _____

Day	Headache Start	Headache Stop	Severity 1-10	Acute Medications	Triggers	Disability 1-10	Remarks
1			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
2			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
3			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
4			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
5			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
6			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
7			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
8			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
9			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
11			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
12			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
13			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
14			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
15			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
16			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
17			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
18			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
19			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
20			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
21			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
22			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
23			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
24			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
25			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
26			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
27			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
28			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
29			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
30			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
31			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

Severity Scale: Mild (1-3), Moderate (4-6), Severe (7-10)