בס"ד

טבלת תיעוד צריכה ושימוש

שם המטופל: _____ ת.ז _____

תאריך יום/חודש/שנה	אופן צריכה עישון/ אידוי/שמן	שעת הצריכה	כמות הצריכה שאיפות/טיפות/משקל בגרם	השפעה על הסימפטומים כאב/ספסטיות/תיאבון/שינה ועוד	דירוג ההשפעה 1 עד 10 לא השפיע -1 השפיע מאוד- 10