AGP NEURO CLINIC
எ.ஜி.பி நரம்பியல் மையம்

DR. ARUN GOKUL. PON / DR. அருண் கோகுல். பொன்

MBBS., MD (GEN. MED)., DM (NEUROLOGY, NIMHANS)
CONSULTANT NEUROLOGIST/ GENERAL PHYSICIAN
SPECIAL INTEREST- STROKE, EPILEPSY AND MOVEMENT DISORDERS

FOR APPOINTMENTS

8300044644

agpneuroclinic @gmail.com

Karavilai,Rajakkamangalam road
காரவிளை, ராஜாக்கமங்கலம் சாலை

MONTHLY MIGRAINE DIARY
மாதாந்திர ஒற்றைத்தலைவலி நாட்குறிப்பு

Name : ______________________ D.O.B ____________
பெயர் : பிறந்த தேதி :

Month மாதம்	Date தேதி	Day of Week வாரத்தின் நாள்	Time Attack Starts தாக்கம் ஆரம்பித்த நேரம்	Did you have an attack? Headache/ Migraine உங்களுக்கு தாக்கம் ஏற்பட்டதா? தலைவலி/ ஒற்றைத்தலைவலி	Severity Mild / Moderate / Severe தீவிரத்தன்மை மிதமானது/ நடுத்தரம்/ தீவிரம்	Feel Sick? Yes/No உடல்நலமின்றி உணர்கின்றீர்களா? ஆம்/இல்லை	Vomit? Yes/No வாந்தி? ஆம்/ இல்லை	Medication Taken : Name எடுத்துக்கொள்ளப்பட்ட மருந்து : பெயர்	Time நேரம்	Dose அளவு
	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									