| DATE | HOW I'M FEELING | POINTS TO DISCUSS WITH MY DOCTOR |
| --- | --- | --- |
| _____ / _____ / _____ | _____<br>_____<br>_____<br>My medicine brand: _____<br>My dose: _____ | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| _____ / _____ / _____ | _____<br>_____<br>_____<br>My medicine brand: _____<br>My dose: _____ | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| _____ / _____ / _____ | _____<br>_____<br>_____<br>My medicine brand: _____<br>My dose: _____ | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |
| _____ / _____ / _____ | _____<br>_____<br>_____<br>My medicine brand: _____<br>My dose: _____ | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |