

Namn

Personnummer

År

# Infektionsdagbok

Sätt kryss för de veckor du haft något eller några av dessa symptom. Fyll även i på nästa sida om du haft någon eller några antibiotikakrävande infektioner.

VECKA	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
Sjukdoms-känsla																										
Feber																										
Öronvärk																										
Halsont																										
Snuva																										
Magbesvär																										
Torrhosta																										
Slemhosta																										
Värk över bihålor																										
Andra symptom																										

VECKA	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52
Sjukdoms-känsla																										
Feber																										
Öronvärk																										
Halsont																										
Snuva																										
Magbesvär																										
Torrhosta																										
Slemhosta																										
Värk över bihålor																										
Andra symptom																										

# Infektioner och antibiotikabehandling

Behandlingsindikation typ av indikation	Preparat	Insatt datum	Antal dagar

# Sjukskrivning från arbete/skola

Från och med	Till och med	Från och med	Till och med