BLODSUKKERSKEMA

Navn: _____

Skemanr.: _____

Tlf.Nr.: _____

Diabetesmedicin og dosis: _____

Normal tid: _____ _____ _____ _____

DATO	Morgenmad		Andet	Middagsmad		Andet	Aftensmad		Andet	Sengetid	Noter
	Før måltid	1-2 t. efter		Før måltid	1-2 t. efter		Før måltid	1-2 t. efter			