

बालमधुमेही follow up फार्म

तारीख:

नाम:

उम्र:

वजन :

आखरी डायबा टी कब मिली वो तारीख :

वर्तमान शिकायतें:

कोनसी शिकायतों से राहत मिली:

नवीनतम रिपोर्ट:

1)HbA1c- % तारीख-

2)BSL FASTING- mg/dl, PP- mg/dl. तारीख-

तारीख	वक्त	शक्कर की मात्रा	इन्सुलिन की मात्रा

खाने में परेज कर रहे क्या:

दिनचर्या में क्या बदलाव किया है:

टिप्पणियां: नियंत्रित

अनियंत्रित

माता/पिता के हस्ताक्षर:

जगह: