Catatan diabetes gestasional mingguan

Nama: _____ Minggu mulai: _____ Satuan: _____

Target dari klinik saya: _____

Jadwal pemeriksaan dari klinik saya: _____

Tanggal	Puasa	Setelah sarapan	Setelah makan siang	Setelah makan malam	Catatan / waktu makan dan pemeriksaan

Catat hasil sesuai pengukuran. Ikuti waktu, target, dan petunjuk tim perawatan. Bukan saran medis.