แบบบันทึกเบาหวานขณะตั้งครรภ์รายสัปดาห์

ชื่อ: _____ สัปดาห์เริ่มวันที่: _____ หน่วย: _____

ค่าเป้าหมายจากคลินิก: _____

ตารางตรวจจากคลินิก: _____

วันที่	ขณะอดอาหาร	หลังอาหารเช้า	หลังอาหารกลางวัน	หลังอาหารเย็น	หมายเหตุ / เวลาอาหารและเวลาตรวจ

จดค่าตามที่วัดได้ ใช้เวลา ค่าเป้าหมาย และค่าแนะนำของทีมดูแลสุขภาพ ไม่ใช่คำแนะนำทางการแพทย์