妊娠糖尿病の週間記録

氏名: _____　　週の開始日: _____　　単位: _____

医療機関から指定された目標値: _____

医療機関から指定された測定スケジュール: _____

日付	空腹時	朝食後	昼食後	夕食後	メモ／食事・測定時刻

測定値をそのまま記録してください。医療チームの測定時刻・目標値・指示に従ってください。医療上の助言ではありません。