

Tidigare måltider

Måltidsschema	Frukost	Lunch	Middag	Annat
Samma dag du blev sjuk Dag 1 (ange datum)	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____
Dagen innan du blev sjuk Dag 2 (ange datum)	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____
Två dagar innan du blev sjuk Dag 3 (ange datum)	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____
Tre dagar innan du blev sjuk Dag 4 (ange datum)	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Hemma <input type="checkbox"/> _____