


Zdravotní deník



Řízený deník na 30 dní



Hybridní

Vytvořeno pomocí LoomJournals

Jak používat tento deník

Vítejte ve svém deníku! Zde je několik tipů, jak z něj získat maximum:

- 1 Každý den si vyhradte několik minut na psaní
- 2 Buďte upřímní a pište svobodně bez sebekritiky
- 3 Snažte se psát každý den ve stejnou dobu, abyste si vytvořili návyk
- 4 Každý týden si své záznamy projděte a všimněte si vzorců

-
- Každý večer vyplňte sledovací sekci: ohodnoťte náladu, energii, bolest a stres, zaznamenejte hodiny spánku a příjem vody a zaškrtněte cvičení a léky
 - V sekci "Jak se dnes cítím" popište svůj celkový fyzický a psychický stav v několika větách
 - Použijte sekci "Symptomy a změny" k zaznamenání čehokoli nového nebo přetrvávajícího — bolestí hlavy, trávicích potíží, kožních změn apod.
 - Zapište otázky nebo postřehy do sekce "Poznámky pro lékaře", abyste byli připraveni na další návštěvu
 - Každý týden si projděte záznamy, identifikujte trendy a sdílejte relevantní stránky se svým lékařem



Naskenujte pro podrobný návod, jak tento deník používat

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)

Datum: _____

Nálada (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň energie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Hodiny spánku: _____

Kvalita spánku: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň bolesti (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Úroveň stresu (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Sklenice vody: _____

Cvičení:

Užitý lék:



Zdravotní poznámky (popište svůj celkový fyzický a emocionální stav — energii, bolesti, chuť k jídlu, cok...)

Příznaky a změny (nové nebo přetrvávající příznaky, vedlejší účinky nebo změny zaznamenané dnes)

Poznámky od lékaře (otázky, obavy nebo postřehy pro vaši příští návštěvu lékaře)
