


Journal de santé



Un journal guidé de 30 jours



Hybride

Créé avec LoomJournals

Comment utiliser ce journal

Bienvenue dans votre journal ! Voici quelques conseils pour en tirer le meilleur parti :

- 1 Réservez quelques minutes chaque jour pour écrire
- 2 Soyez honnête et écrivez librement, sans vous juger
- 3 Essayez d'écrire à la même heure chaque jour pour créer une habitude
- 4 Relisez vos entrées chaque semaine pour repérer des tendances

-
- Fill in the tracker each evening: rate your mood, energy, pain, and stress, log sleep hours and water intake, and check off exercise and medication
 - In the "How I feel today" section, describe your overall physical and mental state in a few sentences
 - Use "Symptoms & changes" to note anything new or ongoing — headaches, digestive issues, skin changes, etc.
 - Write down questions or observations under "Notes for my doctor" so you are prepared for your next appointment
 - Review your entries weekly to identify trends and share relevant pages with your healthcare provider



Scannez pour un guide détaillé sur l'utilisation de ce journal

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé *(décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Notes du médecin *(questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)*

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé *(décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)*

Symptômes et changements *(symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)*

Notes du médecin *(questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)*

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de douleur (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Niveau de stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)

Date: _____

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

Niveau d'énergie (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Heures de sommeil: _____

Qualité du sommeil: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de douleur (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Niveau de stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Verres d'eau: _____

Exercice:

Médicament pris:



Notes de santé (décrivez votre état physique et émotionnel général — énergie, douleurs, appétit, tout ce ...)

Symptômes et changements (symptômes nouveaux ou persistants, effets secondaires ou changement...)

Notes du médecin (questions, préoccupations ou observations pour votre prochain rendez-vous médical)
