


Jurnal Kesehatan



Jurnal Terpandu 30 Hari



Hibrida



Dibuat dengan LoomJournals

Cara Menggunakan Jurnal Ini

Selamat datang di jurnalmu! Berikut beberapa tips agar kamu mendapatkan manfaat maksimal:

- 1 Sisihkan beberapa menit setiap hari untuk menulis
- 2 Jujurlah dan tulislah dengan bebas tanpa menghakimi
- 3 Cobalah menulis di waktu yang sama setiap hari agar menjadi kebiasaan
- 4 Tinjau kembali catatanmu setiap minggu untuk menemukan pola

-
- Isi pelacak setiap malam: nilai suasana hati, energi, nyeri, dan stres Anda, catat jam tidur dan asupan air, dan centang olahraga dan obat
 - Di bagian "Bagaimana perasaan saya hari ini", jelaskan kondisi fisik dan mental Anda secara keseluruhan dalam beberapa kalimat
 - Gunakan "Gejala & perubahan" untuk mencatat hal baru atau yang sedang berlangsung — sakit kepala, masalah pencernaan, perubahan kulit, dll.
 - Tulis pertanyaan atau pengamatan di bawah "Catatan untuk dokter saya" agar Anda siap untuk janji berikutnya
 - Tinjau catatan Anda setiap minggu untuk mengidentifikasi tren dan bagikan halaman yang relevan dengan penyedia layanan kesehatan Anda



Pindai untuk panduan lengkap cara menggunakan jurnal ini

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan *(gambarkan kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...*

Gejala & perubahan *(gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...*

Catatan dokter *(pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)*

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan *(gambarkan kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...*

Gejala & perubahan *(gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...*

Catatan dokter *(pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)*

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan *(gambarkan kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...*

Gejala & perubahan *(gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...*

Catatan dokter *(pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)*

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambarkan kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambarkan kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (*gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...*)

Gejala & perubahan (*gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...*)

Catatan dokter (*pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya*)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambarkan kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

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

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

Jam tidur: _____

Kualitas tidur: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:



Catatan kesehatan *(gambarkan kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...*

Gejala & perubahan *(gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...*

Catatan dokter *(pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)*

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur: _____

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air: _____

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

Tanggal: _____

Suasana hati (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat energi (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jam tidur:

Kualitas tidur:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat nyeri (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tingkat stres (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gelas air:

Olahraga:

Obat yang diminum:

Catatan kesehatan (gambaran kondisi fisik dan emosionalmu secara keseluruhan — energi, nyeri, nafs...)

Gejala & perubahan (gejala baru atau yang sedang berlangsung, efek samping, atau perubahan yang te...)

Catatan dokter (pertanyaan, kekhawatiran, atau catatan untuk kunjungan dokter berikutnya)

