


Diario della Salute



Diario Guidato di 30 Giorni



Ibrido

Creato con LoomJournals

Come Usare Questo Diario

Benvenuto nel tuo diario! Ecco alcuni consigli per sfruttarlo al meglio:

1 Dedicare qualche minuto ogni giorno alla scrittura

2 Sii onesto e scrivi liberamente senza giudicarti

3 Cerca di scrivere alla stessa ora ogni giorno per creare un'abitudine

4 Rileggi le tue annotazioni settimanalmente per notare gli schemi



Scansiona per una guida dettagliata su come usare questo diario

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno:

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua:

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno:

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua:

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno:

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua:

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno:

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua:

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno:

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua:

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno:

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua:

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

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

Livello di energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Livello di dolore (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Livello di stress (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:



Note sulla salute *(descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)*

Sintomi e cambiamenti *(sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)*

Note del medico *(domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)*

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno:

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua:

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)

Data: _____

Umore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ore di sonno: _____

Qualità del sonno:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di dolore (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bicchieri d'acqua: _____

Esercizio:

Farmaco assunto:

Note sulla salute (descrivi il tuo stato fisico ed emotivo generale — energia, dolori, appetito, qualcosa di ...)

Sintomi e cambiamenti (sintomi nuovi o continuativi, effetti collaterali o cambiamenti notati oggi)

Note del medico (domande, preoccupazioni o osservazioni per la prossima visita medica)
