

---



# Health Journal

---



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 Dedica 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

- 
- 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



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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_