


건강 저널



30일 가이드 저널



Hybrid

LoomJournals로 제작됨

이 저널 사용 방법

저널에 오신 것을 환영합니다! 최대한 활용하기 위한 몇 가지 팁을 소개합니다:

1 매일 몇 분씩 시간을 내어 글을 쓰세요

2 판단 없이 솔직하고 자유롭게 쓰세요

3 습관을 만들기 위해 매일 같은 시간에 쓰도록 노력하세요

4 매주 기록을 돌아보며 패턴을 발견하세요



이 저널 사용법 상세 가이드를 위해 스캔하세요

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

날짜: _____

기분 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

에너지 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

수면 시간:

수면 질:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

통증 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

스트레스 수준 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

마신 물 잔 수:

운동:

복용한 약:

건강 메모 (전반적인 신체·감정 상태를 묘사하세요 — 에너지, 통증, 식욕, 눈에 띄는 사항)

증상 및 변화 (오늘 나타난 새로운 또는 지속적인 증상, 부작용, 또는 변화)

의사 메모 (다음 진료 때 물어볼 질문, 걱정되는 점, 또는 관찰 사항)

