


Dziennik zdrowia



Dziennik z przewodnikiem na 30 dni



Hybrid

Utworzono z LoomJournals

Jak korzystać z tego dziennika

Witaj w swoim dzienniku! Oto kilka wskazówek, jak w pełni go wykorzystać:

- 1 Przeznacz kilka minut każdego dnia na pisanie
- 2 Bądź szczery i pisz swobodnie, bez oceniania
- 3 Staraj się pisać o tej samej porze każdego dnia, aby wyrobić nawyk
- 4 Przeglądaj swoje wpisy co tydzień, aby dostrzegać wzorce



Zeskanuj, aby uzyskać szczegółowy przewodnik korzystania z tego dziennika

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Godziny snu: _____

Jakość snu: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:



Notatki zdrowotne *(opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)*

Objawy i zmiany *(nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)*

Notatki lekarskie *(pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)*

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Godziny snu: _____

Jakość snu: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:



Notatki zdrowotne *(opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)*

Objawy i zmiany *(nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)*

Notatki lekarskie *(pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)*

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu:

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody:

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu:

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody:

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu:

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody:

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu:

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody:

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)

Data: _____

Nastrój (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom energii (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Godziny snu: _____

Jakość snu:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom bólu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Poziom stresu (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Szklanki wody: _____

Ćwiczenia:

Przyjęty lek:

Notatki zdrowotne (opisz swój ogólny stan fizyczny i emocjonalny – energia, bóle, apetyt, wszystko co g...)

Objawy i zmiany (nowe lub trwające objawy, efekty uboczne lub zmiany zauważone dziś)

Notatki lekarskie (pytania, obawy lub obserwacje na następną wizytę u lekarza)