


Diário de Saúde



Um Diário Guiado de 30 Dias



Híbrido

Criado com Loomjournals

Como Usar Este Diário

Bem-vindo ao seu diário! Aqui estão algumas dicas para aproveitá-lo ao máximo:

- 1 Reserve alguns minutos por dia para escrever
- 2 Seja honesto e escreva livremente sem julgamentos
- 3 Tente escrever no mesmo horário todos os dias para criar um hábito
- 4 Revise suas anotações semanalmente para perceber padrões



Escaneie para um guia detalhado sobre como usar este diário

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de dor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:

Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

Humor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de energia (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de dor (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nível de estresse (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:

Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*

Data: _____

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

Nível de energia (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Horas dormidas: _____

Qualidade do sono: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de dor (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Nível de estresse (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Copos de água: _____

Exercício:

Medicamento tomado:



Notas de saúde *(descreva seu estado físico e emocional geral — energia, dores, apetite, qualquer coisa n...)*

Sintomas e mudanças *(sintomas novos ou contínuos, efeitos colaterais ou mudanças percebidas hoje)*

Notas do médico *(perguntas, preocupações ou observações para sua próxima consulta médica)*
