

---



# Журнал здоров'я

---



Щоденник з вправами на 30 днів



Гібридний



Створено за допомогою LoomJournals

---

# Як користуватися цим щоденником

---

Ласкаво просимо до вашого щоденника! Ось кілька порад, щоб отримати від нього максимум користі:

- 1 Виділяйте кілька хвилин щодня для записів
- 2 Будьте чесними та пишіть вільно, без осуду
- 3 Намагайтеся писати в один і той самий час щодня, щоб сформувати звичку
- 4 Переглядайте свої записи щотижня, щоб помічати закономірності

- 
- Заповнюйте трекер щовечора: оцінюйте настрій, енергію, біль та стрес, фіксуйте години сну та споживання води, відмічайте фізичні вправи та ліки
  - У розділі 'Як я почуваюся сьогодні' опишіть загальний фізичний та психічний стан кількома реченнями
  - Використовуйте 'Симптоми та зміни' для фіксації нового або поточного — головний біль, проблеми з травленням, зміни шкіри тощо
  - Записуйте питання або спостереження в розділі 'Нотатки для лікаря', щоб бути готовими до наступного візиту
  - Переглядайте записи щотижня для виявлення тенденцій та діліться відповідними сторінками з лікарем



Скануйте для детального посібника з використання цього щоденника

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

Настрій (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень енергії (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень болю (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень стресу (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:

Прийняті ліки:

**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

Настрій (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень енергії (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Години сну:

\_\_\_\_\_

Якість сну:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень болю (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень стресу (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Склянки води:

\_\_\_\_\_

Вправи:

Прийняті ліки:

**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

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

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

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

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

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

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

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

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

Години сну: \_\_\_\_\_

Якість сну:      (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

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

Склянки води: \_\_\_\_\_

Вправи:     

Прийняті ліки:     



**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

---

---

---

---

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

---

---

---

---

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

---

---

---

---

Дата: \_\_\_\_\_

Настрій (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень енергії (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Години сну:

\_\_\_\_\_

Якість сну:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень болю (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Рівень стресу (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Склянки води:

\_\_\_\_\_

Вправи:

Прийняті ліки:

**Нотатки про здоров'я** (опишіть ваш загальний фізичний та емоційний стан -- енергія, болі, апетит...)

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

**Симптоми та зміни** (нові або поточні симптоми, побічні ефекти чи зміни, помічені сьогодні)

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

**Нотатки лікаря** (запитання, занепокоєння або спостереження для наступного візиту до лікаря)

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