

Nhật Ký Sức Khỏe

Nhật ký có hướng dẫn 30 ngày

Kết hợp

Được tạo bởi LoomJournals

Cách sử dụng nhật ký này

Chào mừng bạn đến với nhật ký của mình! Dưới đây là một số mẹo để tận dụng tối đa:

- 1 Dành vài phút mỗi ngày để viết
- 2 Hãy thành thật và viết tự do, không phán xét
- 3 Cố gắng viết vào cùng một thời điểm mỗi ngày để tạo thói quen
- 4 Xem lại các bài viết hàng tuần để nhận ra các xu hướng

- Điền bảng theo dõi mỗi tối: đánh giá tâm trạng, năng lượng, cơn đau và căng thẳng, ghi lại giờ ngủ và lượng nước, và đánh dấu tập thể dục và thuốc
- Trong phần "Tôi cảm thấy thế nào hôm nay", mô tả trạng thái thể chất và tinh thần tổng thể trong vài câu
- Sử dụng "Triệu chứng & thay đổi" để ghi lại bất cứ điều gì mới hoặc đang diễn ra — đau đầu, vấn đề tiêu hóa, thay đổi da, v.v.
- Viết câu hỏi hoặc quan sát vào phần "Ghi chú cho bác sĩ" để bạn sẵn sàng cho buổi hẹn tiếp theo
- Xem lại các bài viết hàng tuần để nhận ra xu hướng và chia sẻ các trang liên quan với bác sĩ



Quét mã để xem hướng dẫn chi tiết cách sử dụng nhật ký này

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

Mức căng thẳng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

Mức căng thẳng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể – năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

Mức căng thẳng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể – năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

Mức căng thẳng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

Mức căng thẳng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

Mức căng thẳng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

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

Mức căng thẳng (1-10): (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)

Ngày: _____

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

Mức năng lượng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số giờ ngủ: _____

Chất lượng giấc ngủ: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức đau (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mức căng thẳng (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Số ly nước: _____

Tập thể dục:

Thuốc đã uống:



Ghi chú sức khỏe (mô tả tình trạng thể chất và tinh thần tổng thể — năng lượng, đau nhức, khẩu vị, bất k...

Triệu chứng & thay đổi (triệu chứng mới hoặc đang diễn ra, tác dụng phụ, hoặc thay đổi nhận thấy hôm...

Ghi chú bác sĩ (câu hỏi, mối quan tâm, hoặc nhận xét cho lần khám bác sĩ tiếp theo)
