


健康日记



30 天引导式日记



混合格式

由 LoomJournals 制作

如何使用本日记

欢迎使用您的日记！以下是一些帮助您充分利用它的建议：

1 每天留出几分钟时间来书写

2 真诚地、自由地书写，不要自我评判

3 尝试每天在同一时间书写，养成习惯

4 每周回顾自己的日记，发现规律

-
- 每晚填写追踪表：评估情绪、精力、疼痛和压力，记录睡眠时长和饮水量，勾选运动和用药
 - 在'今天的感受'版块，用几句话描述您整体的身体和心理状态
 - 使用'症状与变化'记录任何新出现或持续的问题——头痛、消化问题、皮肤变化等
 - 在'给医生的笔记'下写下问题或观察，以便为下次就诊做好准备
 - 每周回顾您的记录以发现趋势，并与医疗保健提供者分享相关页面



扫描获取本日记的详细使用指南

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:



健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

精力水平 (1-10): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

睡眠时长: _____

睡眠质量: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

疼痛等级 (1-10): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

压力等级 (1-10): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

饮水杯数: _____

运动:

已服药物:



健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

精力水平 (1-10): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

睡眠时长: _____

睡眠质量: ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

疼痛等级 (1-10): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

压力等级 (1-10): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

饮水杯数: _____

运动:

已服药物:



健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

日期: _____

心情 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

精力水平 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

睡眠时长:

睡眠质量:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

疼痛等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

压力等级 (1-10):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

饮水杯数:

运动:

已服药物:

健康记录 (描述你整体的身体和情绪状态——精力、疼痛、食欲以及任何值得注意的情况)

症状与变化 (今天新出现或持续存在的症状、副作用或变化)

医生备注 (留给下次就诊的问题、疑虑或观察记录)

