مفكرة يومية للطعام

قوموا بكتابة أي شئ تتناولونه, بالاضافة الى الوقت ومستوى الجوع من 1 الى 10, مع العلم بأن 1 يعني الشعور بجوع شديد لدرجة الاغماء و10 يعني الشعور بشبع شديد لدرجة عدم القدرة على الحركة.
إستخدموا جزء الملاحظات لكتابة ما يلي:

1 - اذا شعرتم بأي شئ مرتبط بهذه الوجبة / الوجبة الخفيفة غير الجوع.
2 - أي نوع طعام تسبب لكم بأي رد فعل مثل الأنتفاخ, الارهاق, أو الصداع, الخ.

لا تنسوا شرب ماء كافي !

التاريخ: ___/___/_____

الوقت	نوع الطعام	مستوى الجوع	الملاحظات

التاريخ: ___/___/_____

الوقت	نوع الطعام	مستوى الجوع	الملاحظات

التاريخ: ___/___/_____

الوقت	نوع الطعام	مستوى الجوع	الملاحظات

التاريخ: ___/___/_____

الوقت	نوع الطعام	مستوى الجوع	الملاحظات

التاريخ: ___/___/_____

الوقت	نوع الطعام	مستوى الجوع	الملاحظات

التاريخ: ___/___/_____

الوقت	نوع الطعام	مستوى الجوع	الملاحظات

التاريخ: ___/___/_____

الوقت	نوع الطعام	مستوى الجوع	الملاحظات

التاريخ: ___/___/_____

الوقت	نوع الطعام	مستوى الجوع	الملاحظات