



DZIENNICZEK ŻYWIENIOWY

Data:

Godziny pobudki i pójścia spać:

Godziny pracy/szkoły:

Stosowane suplementy (jeśli są):

Godzina	Posiłki oraz napoje	Ilość/objętość	Samopoczucie po posiłku*	Uwagi

*czy wystąpiło uczucie sytości, jak długo się utrzymywało, czy wystąpiły jakieś nieprzyjemne dolegliwości, np. bóle brzucha, zaparcia, uczucie ciężkości, itp.