

Дата  ФИО

Вес/рост  Возраст  Диета

## Оцените по шкале следующее:

## Оценочная шкала

Тошнота

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Боль

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Аппетит

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Настроение

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Рвота \_\_\_\_\_, частота рвоты \_\_\_\_\_, стул \_\_\_\_\_

цвет, консистенция \_\_\_\_\_, кратность \_\_\_\_\_

Вкусовые ощущения \_\_\_\_\_

## Отметьте, какой объем питания удалось съесть сегодня

0% 25% 50% 75% 100%

**Завтрак** / первое блюдо



**Завтрак** / второе блюдо



**Второй завтрак**



**Обед** / первое блюдо



**Обед** / второе блюдо



**Ужин**



**Ужин**



**Перед сном**



Дополнительные приемы пищи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_