

\_\_\_\_\_ (Nome Cognome)

Data	Peso	Colazione	Pranzo	Cena	Idratazione	Evacuazione	Igiene	Cura piedi/ cavo orale	Data	Passeggio	Sonno	Pressione arteriosa	MMG	Glicemia	Da Ricordare	
(mese) -----	Kg	Si/No/ Poco	Si/No/ Poco	Si/No/ Poco	N° bicchieri acqua	Normale (N) Diarrea (D) Poco (P)	Bagno (B) Doccia (D)	Si/No	(mese) -----	Si/No/ Poco	Veglia (V) Sonno (S)	Min/Max	Visita (V) Telef. (T)	Ora giorno	Visite spec. Pagamenti, Compleanni, Scadenze, Appuntamenti	
1.									1.						Data	
2.									2.							
3.									3.							
4.									4.							
5.									5.							
6.									6.							
7.									7.							
8.									8.							
9.									9.							
10.									10.							
11.									11.							
12.									12.							
13.									13.							
14.									14.							
15.									15.							
16.									16.							
17.									17.							
18.									18.							
19.									19.							
20.									20.							
21.									21.							
22.									22.							
23.									23.							
24.									24.							
25.									25.							
26.									26.							
27.									27.							
28.									28.							
29.									29.							
30.									30.							
31.									31.							