GLP-1 symptom diary

MAX HP

Four weeks, one column a day. Weeks 1 and 2.

Name _____ Medication and dose _____ Start date _____

WEEK 1	DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	DAY 5	DAY 6	DAY 7
Date							
Dose taken?	○	○	○	○	○	○	○
Overall	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R
Nausea							
Constipation							
Diarrhea							
Heartburn							
Bloating							
Vomiting							
Fatigue							
Headache							
Dizziness							
Stomach pain							
Hair shedding							
Injection-site reaction							
Other: _____							
Appetite	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M
Food noise	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L

WEEK 2	DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	DAY 5	DAY 6	DAY 7
Date							
Dose taken?	○	○	○	○	○	○	○
Overall	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R
Nausea							
Constipation							
Diarrhea							
Heartburn							
Bloating							
Vomiting							
Fatigue							
Headache							
Dizziness							
Stomach pain							
Hair shedding							
Injection-site reaction							
Other: _____							
Appetite	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M
Food noise	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L

Symptoms: leave blank for none, or write 1 mild, 2 moderate, 3 severe. Overall: Great, Off or Rough. Appetite: Less, Usual or More. Food noise: Quiet, Some or Loud. These match the check-in in Max HP and the grid on its Clinic Report.

GLP-1 symptom diary

MAX HP

Four weeks, one column a day. Weeks 3 and 4.

WEEK 3	DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	DAY 5	DAY 6	DAY 7
Date							
Dose taken?	○	○	○	○	○	○	○
Overall	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R
Nausea							
Constipation							
Diarrhea							
Heartburn							
Bloating							
Vomiting							
Fatigue							
Headache							
Dizziness							
Stomach pain							
Hair shedding							
Injection-site reaction							
Other: _____							
Appetite	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M
Food noise	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L

WEEK 4	DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	DAY 5	DAY 6	DAY 7
Date							
Dose taken?	○	○	○	○	○	○	○
Overall	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R	G · O · R
Nausea							
Constipation							
Diarrhea							
Heartburn							
Bloating							
Vomiting							
Fatigue							
Headache							
Dizziness							
Stomach pain							
Hair shedding							
Injection-site reaction							
Other: _____							
Appetite	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M	L · U · M
Food noise	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L	Q · S · L

Symptoms: leave blank for none, or write 1 mild, 2 moderate, 3 severe. Overall: Great, Off or Rough. Appetite: Less, Usual or More. Food noise: Quiet, Some or Loud. These match the check-in in Max HP and the grid on its Clinic Report.