

Dzienniczek Snu: **Poranek**

Dzień 1	Dzień 2	Dzień 3	Dzień 4	Dzień 5	Dzień 6	Dzień 7
Dzień tygodnia:						
Poszedłem/Poszłam spać o godzinie (Zaznacz, czy chodzi o godzinę rano, czy wieczorem):						
Wstałem/Wstałam o godzinie (Zaznacz, czy chodzi o godzinę rano, czy wieczorem):						
Ostatniej nocy, spałem/spałam przez ___ godzin:						
Ostatniej nocy, zaśnięcie zajęło mi ___ minut:						
Jakość mojego snu była: Np. bardzo dobra, dobra, zła, bardzo zła						
Dziś rano czuję się: Np. świeżo, zmęczony/a, zaspany/a, spięty/a						
W śnie przeszkadzały mi: Np. temperatura, hałas, sny, myśli, brak uczucia zmęczenia, niewygodna						
Obudziłem/Obudziłam się w nocy __ razy:						

Dzienniczek Snu: Noc

Dzień 1	Dzień 2	Dzień 3	Dzień 4	Dzień 5	Dzień 6	Dzień 7
Zrobiłem/am sobie drzemkę:						
tak / nie	tak / nie	tak / nie	tak / nie	tak / nie	tak / nie	tak / nie
Spożyłem/Spożyłam kofeinę:						
# dawek	# dawek	# dawek	# dawek	# dawek	# dawek	# dawek
<input type="checkbox"/> Rano	<input type="checkbox"/> Rano	<input type="checkbox"/> Rano	<input type="checkbox"/> Rano	<input type="checkbox"/> Rano	<input type="checkbox"/> Rano	<input type="checkbox"/> Rano
<input type="checkbox"/> Popołudniu	<input type="checkbox"/> Popołudniu	<input type="checkbox"/> Popołudniu	<input type="checkbox"/> Popołudniu	<input type="checkbox"/> Popołudniu	<input type="checkbox"/> Popołudniu	<input type="checkbox"/> Popołudniu
<input type="checkbox"/> Wieczorem	<input type="checkbox"/> Wieczorem	<input type="checkbox"/> Wieczorem	<input type="checkbox"/> Wieczorem	<input type="checkbox"/> Wieczorem	<input type="checkbox"/> Wieczorem	<input type="checkbox"/> Wieczorem
Ćwiczyłem/ćwiczyłam przez ___ minut:						
Leki lub używki, które dzisiaj wziąłem/wzięłam:						
W ciągu dnia czułem/czułam się sennie:						
<input type="checkbox"/> W ogóle	<input type="checkbox"/> W ogóle	<input type="checkbox"/> W ogóle	<input type="checkbox"/> W ogóle	<input type="checkbox"/> W ogóle	<input type="checkbox"/> W ogóle	<input type="checkbox"/> W ogóle
<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Czasami	<input type="checkbox"/> Czasami
<input type="checkbox"/> Często	<input type="checkbox"/> Często	<input type="checkbox"/> Często	<input type="checkbox"/> Często	<input type="checkbox"/> Często	<input type="checkbox"/> Często	<input type="checkbox"/> Często
Ogólnie, miałem/miałam dziś ___ nastrój:						
Np. dobry, zły, nijaki						
Rzeczy, które robiłem/robiłam na godzinę przed snem:						
Np. czytanie, siedzenie w internecie, oglądanie telewizji, prysznic, siedzenie na telefonie, jedzenie, spędzanie czasu z partnerem						