

อาหารในแต่ละวัน

บันทึกวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

	ชื่ออาหาร	เนื้อสัตว์-นม-ไข่	ข้าว-แป้ง-น้ำตาล	ผัก	ผลไม้	ไขมันและน้ำตาล
อาหารเช้า						
อาหารว่าง						
มื้อกลางวัน						
อาหารว่าง						
มื้อเย็น						
อื่นๆ						

สรุป วันซึ่งเรื่งช่นได้กินอาหารครบ 5 หมู่หรือไม่ () ครบ () ไม่ครบ

ชื่อ..... ชั้น..... เลขที่.....