

# 食物日誌



## 食物日誌

請記錄您每天的**飲食**。  
包括其份量。

姓名： \_\_\_\_\_

所屬週： \_\_\_\_\_

	週日	週一	週二
早餐			
點心			
午餐			
點心			
晚餐			
點心			

# 食物日誌

	週三	週四	週五	週六
早餐				
點心				
午餐				
點心				
晚餐				
點心				

是否有任何疑問?請致電Alliance健康保險計畫 • 服務時間為週一至週五,上午8點至下午5點

電話號碼:1.510.747.4577 • 免費電話:1.855.891.9169

聽障及語障人士專線 (CRS/TTY) :711/1.800.735.2929

[www.alamedaalliance.org](http://www.alamedaalliance.org)

ALAMEDA  
**Alliance**  
FOR HEALTH

HE\_MBR5\_FOOD LOG 04/2023 HED  
LH-10 03/2023