Food Diary **Date:** _____ **Day:** _____

What did you eat?	Time	Hunger (1-10) before	Hunger (1-10) after	Notes

Food Groups	# of Servings	Recommended
Grains	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	6-8
Vegetables	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	at least 4
Fruits	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	at least 3
Dairy	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	2-3
Protein	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	2-4
Fat	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	in moderation
Extras	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	minimal
Glasses of Water	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	6-8