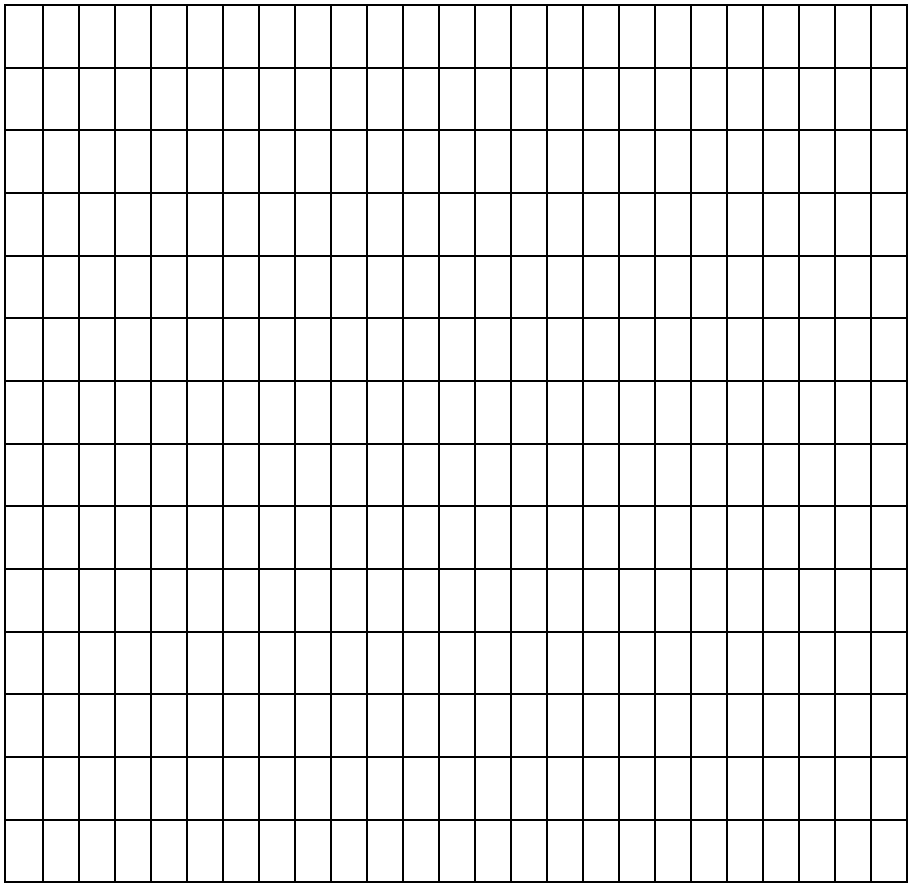
Comprehensive Sleep Solutions

SLEEP LOG

Name: _____

Use these symbols: ● Lights Out **or** In bed trying to sleep ⊢⊣ Asleep ○ Lights On **or** out of bed for the day **C** Caffeinated coffee or soda

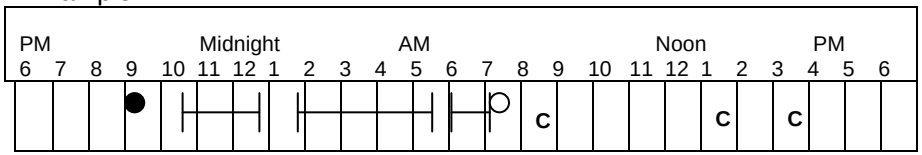


Fill out in the morning

Fill out about 5 PM

Day & Date (at noon)	How much Sleep?	Sleeping aid, Alcohol, medicine? (time, type & amount)	Sleep Quality?	Daytime Fatigue?
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo
_____	_____	_____	Hi Med Lo	Hi Med Lo

Example:



Day & Date (at noon)	How much Sleep?	Sleeping aid, Alcohol, medicine? (time, type & amount)	Sleep Quality?	Daytime Fatigue?
Mon 1/1	7	Tylenol 9 p.m.	Hi Med (Lo)	Hi (Med) Lo