

My name: \_\_\_\_\_

Date of group: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**MLHD Dietetics**

**Gestational Diabetes Food & Blood Glucose Monitoring Diary**

Please complete this food diary within **one week** of the virtual group session.

Record your **BLOOD GLUCOSE LEVELS, FOOD** and **DRINKS** consumed below. Write the approximate **TIME** in the ( : ) e.g. (10:00)

<b>DATE</b>					
Fasting	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
<b>BREAKFAST</b>	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
1 hour / 2 hour	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
<b>SNACK</b>	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
<b>LUNCH</b>	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
1 hour / 2 hour	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
<b>SNACK</b>	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
<b>DINNER</b>	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
1 hour / 2 hour	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )
<b>SNACK</b>	( : )	( : )	( : )	( : )	( : )

**\*IF YOU HAVE 3 or MORE READINGS ABOVE THE TARGET RANGE PLEASE CONTACT YOUR DIABETES EDUCATOR**

Email your completed diary to [MLHD-Dietetics@health.nsw.gov.au](mailto:MLHD-Dietetics@health.nsw.gov.au)