


Menstruationsjournal



En 30-dages guidet dagbog



Sporer



Skabt med LoomJournals

Sådan bruger du denne dagbog

Velkommen til din dagbog! Her er nogle tips til at få mest muligt ud af den:

- 1 Sæt et par minutter af hver dag til at skrive
- 2 Vær ærlig og skriv frit uden at dømme
- 3 Prøv at skrive på samme tidspunkt hver dag for at opbygge en vane
- 4 Gennemgå dine noter ugentligt for at opdage mønstre



Scan for en detaljeret guide til, hvordan du bruger denne dagbog

Menstruationsjournal

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Cyklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smerteniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energivåne (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noter	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Noter

Menstruationsjournal

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Cyklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smerteniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energiniiveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noter	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Noter

Menstruationsjournal

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Cyklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smerteniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energivåne (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noter	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Noter

Menstruationsjournal

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Cyklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smerteniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energivåne (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noter	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Noter

Menstruationsjournal

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Cyklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smerteniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energiniiveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noter	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Noter