


Journal menstruel



Un journal guidé de 30 jours



Suivi

Créé avec LoomJournals

Comment utiliser ce journal

Bienvenue dans votre journal ! Voici quelques conseils pour en tirer le meilleur parti :

- 1 Réservez quelques minutes chaque jour pour écrire
- 2 Soyez honnête et écrivez librement, sans vous juger
- 3 Essayez d'écrire à la même heure chaque jour pour créer une habitude
- 4 Relisez vos entrées chaque semaine pour repérer des tendances



Scannez pour un guide détaillé sur l'utilisation de ce journal

Journal menstruel

Date: _____

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Jour du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Phase du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensité du flux	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau de douleur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humeur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau d'énergie (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notes

Journal menstruel

Date: _____

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Jour du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Phase du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensité du flux	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau de douleur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humeur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau d'énergie (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notes

Journal menstruel

Date: _____

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Jour du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Phase du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensité du flux	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau de douleur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humeur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau d'énergie (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notes

Journal menstruel

Date: _____

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Jour du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Phase du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensité du flux	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau de douleur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humeur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau d'énergie (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notes

Journal menstruel

Date: _____

	Lun	Mar	Mer	Jeu	Ven	Sam	Dim
Jour du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Phase du cycle	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensité du flux	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau de douleur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humeur (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Niveau d'énergie (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Ballonnements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Envies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notes	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notes
