


Period Journal



Diario Guidato di 30 Giorni



Tracciatore

Creato con LoomJournals

Come Usare Questo Diario

Benvenuto nel tuo diario! Ecco alcuni consigli per sfruttarlo al meglio:

1 Dedicare qualche minuto ogni giorno alla scrittura

2 Sii onesto e scrivi liberamente senza giudicarti

3 Cerca di scrivere alla stessa ora ogni giorno per creare un'abitudine

4 Rileggi le tue annotazioni settimanalmente per notare gli schemi



Scansiona per una guida dettagliata su come usare questo diario

Period Journal

Data: _____

	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Giorno del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensità del flusso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di dolore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Umore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gonfiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Note

Period Journal

Data: _____

	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Giorno del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensità del flusso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di dolore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Umore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gonfiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Note

Period Journal

Data: _____

	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Giorno del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensità del flusso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di dolore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Umore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gonfiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Note

Period Journal

Data: _____

	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Giorno del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensità del flusso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di dolore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Umore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gonfiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Note

Period Journal

Data: _____

	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom
Giorno del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Fase del ciclo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensità del flusso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di dolore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Umore (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Livello di energia (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Gonfiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voglie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Note	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Note