


Menstruatiedagboek



Een 30-daags begeleid dagboek



Tracker



Gemaakt met LoomJournals

Hoe gebruik je dit dagboek

Welkom bij je dagboek! Hier zijn een paar tips om er het maximale uit te halen:

- 1 Reserveer elke dag een paar minuten om te schrijven
- 2 Wees eerlijk en schrijf vrijuit zonder oordeel
- 3 Probeer elke dag op hetzelfde moment te schrijven om een gewoonte op te bouwen
- 4 Bekijk je aantekeningen wekelijks om patronen te ontdekken



Scan voor een gedetailleerde handleiding over het gebruik van dit dagboek

Menstruatiedagboek

Datum: _____

	Ma	Di	Wo	Do	Vr	Za	Zo
Cyclusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyclusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensiteit menstruatie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Pijnniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stemming (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energieniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trek/cravings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notities	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notities

Menstruatiedagboek

Datum: _____

	Ma	Di	Wo	Do	Vr	Za	Zo
Cyclusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyclusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensiteit menstruatie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Pijnniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stemming (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energieniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trek/cravings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notities	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notities

Menstruatiedagboek

Datum: _____

	Ma	Di	Wo	Do	Vr	Za	Zo
Cyclusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyclusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensiteit menstruatie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Pijnniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stemming (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energieniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trek/cravings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notities	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notities

Menstruatiedagboek

Datum: _____

	Ma	Di	Wo	Do	Vr	Za	Zo
Cyclusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyclusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensiteit menstruatie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Pijnniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stemming (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energieniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trek/cravings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notities	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notities

Menstruatiedagboek

Datum: _____

	Ma	Di	Wo	Do	Vr	Za	Zo
Cyclusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Cyclusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Intensiteit menstruatie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Pijnniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Stemming (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energieniveau (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trek/cravings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notities	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notities
