


Menstruasjonsdagbok



En 30-dagers veiledet dagbok



Sporing

Laget med LoomJournals

Slik bruker du denne dagboken

Velkommen til dagboken din! Her er noen tips for å få mest mulig ut av den:

- 1 Sett av noen minutter hver dag til å skrive
- 2 Vær ærlig og skriv fritt uten å dømme deg selv
- 3 Prøv å skrive til samme tid hver dag for å bygge en vane
- 4 Gå gjennom notatene dine ukentlig for å oppdage mønstre



Skann for en detaljert guide om hvordan du bruker denne dagboken

Menstruasjonsdagbok

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Syklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Syklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smertenivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppblåsthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notater	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notater

Menstruasjonsdagbok

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Syklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Syklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smertenivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppblåsthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notater	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notater

Menstruasjonsdagbok

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Syklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Syklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smertenivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppblåsthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notater	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notater

Menstruasjonsdagbok

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Syklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Syklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smertenivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppblåsthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notater	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notater

Menstruasjonsdagbok

Dato: _____

	Man	Tir	Ons	Tor	Fre	Lør	Søn
Syklusdag	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Syklusfase	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Blødningsintensitet	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Smertenivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Humør (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Energivå (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Oppblåsthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matlyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notater	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Notater