


Журнал менструацій



Щоденник з вправами на 30 днів



Трекер

Створено за допомогою LoomJournals

Як користуватися цим щоденником

Ласкаво просимо до вашого щоденника! Ось кілька порад, щоб отримати від нього максимум користі:

- 1 Виділяйте кілька хвилин щодня для записів
- 2 Будьте чесними та пишіть вільно, без осуду
- 3 Намагайтеся писати в один і той самий час щодня, щоб сформувати звичку
- 4 Переглядайте свої записи щотижня, щоб помічати закономірності



Скануйте для детального посібника з використання цього щоденника

Журнал менструацій

Дата: _____

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Нд
День циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Фаза циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Інтенсивність виділень	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень болю (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Настрій (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень енергії (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Здуття	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потяг до їжі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Головний біль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нотатки	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Нотатки

Журнал менструацій

Дата: _____

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Нд
День циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Фаза циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Інтенсивність виділень	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень болю (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Настрій (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень енергії (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Здуття	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потяг до їжі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Головний біль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нотатки	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Нотатки

Журнал менструацій

Дата: _____

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Нд
День циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Фаза циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Інтенсивність виділень	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень болю (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Настрій (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень енергії (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Здуття	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потяг до їжі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Головний біль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нотатки	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Нотатки

Журнал менструацій

Дата: _____

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Нд
День циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Фаза циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Інтенсивність виділень	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень болю (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Настрій (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень енергії (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Здуття	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потяг до їжі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Головний біль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нотатки	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Нотатки

Журнал менструацій

Дата: _____

	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Нд
День циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Фаза циклу	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Інтенсивність виділень	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень болю (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Настрій (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Рівень енергії (1-10)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Здуття	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Потяг до їжі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Головний біль	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нотатки	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Нотатки