



Dzienniczek objawów

Imię: _____

Dni 1-14. Wypełniaj wieczorem, najlepiej codziennie. Zabierz dzienniczek na wizytę u lekarza lub na konsultację.

Dzień	Data	Miesiączka (brak / plamienie / skąpa / obfita)	Uderzenia gorąca (ile razy)	Nocne poty (tak / nie)	Sen (1 źle – 5 dobrze)	Nastrój (1 źle – 5 dobrze)	Inne objawy, leki, uwagi
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							



Dzienniczek objawów

Imię: _____

Dni 15–28. Wypełniaj wieczorem, najlepiej codziennie. Zabierz dzienniczek na wizytę u lekarza lub na konsultację.

Dzień	Data	Miesiączka (brak / plamienie / skąpa / obfita)	Uderzenia gorąca (ile razy)	Nocne poty (tak / nie)	Sen (1 źle – 5 dobrze)	Nastrój (1 źle – 5 dobrze)	Inne objawy, leki, uwagi
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							