

MESE:

ANNO:

giorno	ciclo mestruale	dolore pelvico (se sì, quanto)	diarrea/ stitichezza	disuria	dispareunia	stanchezza	altri dolori (specificare)	assunzione analgesici (nome e dosaggio)	assunzione altri medicinali (nome e dosaggio)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									