



月経不順 問診票

あなたの月経不順の状態について詳しく教えてください。

氏名 _____

※ID _____

1. 過去3回の月経はいつでしたか？

①平成 年 月 日 から 月 日まで

②平成 年 月 日 から 月 日まで

③平成 年 月 日 から 月 日まで

※ 日にちがわからない方は「上旬・中旬・下旬」でも構いません

2. 上記、①～③の量はどうでしたか？○をつけてください。

① 多い ・ 普通 ・ 少ない

② 多い ・ 普通 ・ 少ない

③ 多い ・ 普通 ・ 少ない

3. 月経痛(生理痛)はありますか？

・ いつもある ・ ある時とない時がある ・ いつもない

4. 初経(初めての月経)がきたのはいつ頃でしたか？

5. いつ頃から不順でしたか？

・ 初経時から ・ 年 月くらいから ・ わからない

6. ダイエットの経験がありますか？

なし ・ あり

7. 冷え性がありますか？

なし ・ あり

8. 運動をしていますか？

いいえ ・ はい ⇒ どんな？

9. 今まで月経不順のことで他院で検査・治療をしたことがありますか？

なし ・ あり ⇒ ありの方は詳しく教えてください。

・ それはいつのことですか？ 年 月頃

・ どんな検査・治療をしましたか？

10. ニキビ、多毛(毛深い)の症状が気になりますか？

いいえ ・ はい ⇒ 具体的に

11. 現在、希望する治療がありますか？

・ 特にない ・ 漢方薬 ・ ホルモン治療 ・ OC (低用量ピル)

※スタッフ記入欄 BBT () SS ()