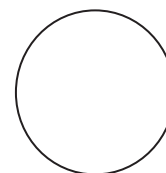


月経困難症・月経前症候群問診票



あなたの月経について詳しく教えてください

氏名 _____ ※ID _____

1. 月経前、月経中にある症状について当てはまるものに○をつけてください

症状	月経前	月経中
下腹痛	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
腰痛	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
頭痛	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
吐き気・嘔吐	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
下痢	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
便秘	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
手足のしびれ	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
イライラ	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
むくみ	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
落ち込む	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
体重増加・食欲増進	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
肌荒れ	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし	強 ・ 中 ・ 弱 ・ なし
その他		

2. 生理痛はいつから強くなりましたか？

・初経（初めての月経）からずっと ・（ ）頃より

3. 月経血の中にかたまりがでますか？

・いつも ・時々 ・ほとんど出ない

4. クラミジアの検査を受けたことがありますか？ ・いいえ ・はい⇒ 年 月頃

5. 子宮内膜症と言われたことがありますか？ ・いいえ ・はい⇒ 年 月頃

6. 子宮筋腫と言われたことがありますか？ ・いいえ ・はい⇒ 年 月頃

7. 今まで月経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

・どんな検査をしましたか？

・どんな治療をしましたか？

8. 現在、希望する治療がありますか？

・ 痛み止め ・ 漢方薬 ・ OC（低用量ピル） ・ 低用量ホルモン治療 ・ 相談してから決める

※スタッフ記入欄 BBT（ ）