

自覚症状による更年期問診票

氏名	
----	--

記入日 年 月 日

以下の症状についてご記入ください

	症状	症状の強さ
熱感	1. 顔がほてる	強・中・弱・なし
	2. 上半身はほてる	強・中・弱・なし
	3. のぼせる	強・中・弱・なし
	4. 汗をかきやすい	強・中・弱・なし
不眠	5. 夜なかなか寝付かれない	強・中・弱・なし
	6. 夜眠っても目をさましやすい	強・中・弱・なし
神経質、憂鬱	7. 興奮しやすく、イライラすることが多い	強・中・弱・なし
	8. いつも不安感がある	強・中・弱・なし
	9. 神経質である	強・中・弱・なし
	10. くよくよし、憂鬱になることが多い	強・中・弱・なし
倦怠感	11. 疲れやすい	強・中・弱・なし
	12. 眼がつかれる	強・中・弱・なし
記憶障害	13. 物事が覚えにくくなったり、物忘れが多い	強・中・弱・なし
胸部症状	14. 胸がドキドキする	強・中・弱・なし
	15. 胸がしめつけられる	強・中・弱・なし
疼痛症状	16. 頭が重かったり、頭痛がよくする	強・中・弱・なし
	17. 肩や首がこる	強・中・弱・なし
	18. 背中や腰が痛む	強・中・弱・なし
	19. 手足の節々（関節）の痛みがある	強・中・弱・なし
知覚異常	20. 腰や手足が冷える	強・中・弱・なし
	21. 手足の指が冷える	強・中・弱・なし
	22. 最近、音に敏感である	強・中・弱・なし