

更年期外来問診票

お名前（ 様） 日付（ 年 月 日）

以下のような症状がありますか？○をつけてお答えください。

0：ない、1：少ないがある、2：ときにある、3：よくある

顔が熱くなる（ほてる）	0	1	2	3
汗をかきやすい	0	1	2	3
腰や手足が冷える	0	1	2	3
息切れがする	0	1	2	3
腰が痛い	0	1	2	3
背中が痛い	0	1	2	3
肩こりがある	0	1	2	3
手足のふしぶしが痛い	0	1	2	3
疲れやすい	0	1	2	3
興奮しやすい	0	1	2	3
いらいらする	0	1	2	3
神経質である	0	1	2	3
不安感がある	0	1	2	3
頭が痛い	0	1	2	3
つまらないことにくよくよする	0	1	2	3
ゆうつになることが多い	0	1	2	3
意欲がわからない	0	1	2	3
夜なかなか寝つかれない	0	1	2	3
夜眠っても目を覚ましやすい	0	1	2	3
手足がしびれる	0	1	2	3
手足の感覚がにぶい	0	1	2	3
心臓の動悸（どうき）がある	0	1	2	3
めまいがある	0	1	2	3
吐き気がある	0	1	2	3
皮膚をアリがはう感じがする	0	1	2	3
ものわずれする	0	1	2	3
覚えられない	0	1	2	3
お小水が近い	0	1	2	3
お小水がもれる	0	1	2	3
おりもの（帯下）に色がつく	0	1	2	3
膣（ちつ）に乾いた感じがある	0	1	2	3
膣にかゆみがある	0	1	2	3
性交時痛みがある	0	1	2	3
のどがつかえる感じがする	0	1	2	3