

## 更年期障害問診票 1

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 様 (男・女)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

○更年期障害の症状はいつからはじまりましたか？ (具体的な症状は別紙に記入していただきます) また一番つらい症状を教えてください。

\_\_\_\_\_ 頃から

○更年期障害に関して婦人科で検査や治療をされたことがありますか？ (エストロゲン・FSH・LH 採血検査、ホルモン治療。漢方治療など具体的に分ければ)

○現在治療されているご病気・内服薬などはありますか？

なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

○今まで手術をしたことがありますか？

なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

○薬や食べ物等にアレルギーがありますか？

なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

○月経についてお聞きします。

初潮 \_\_\_\_\_ 歳 閉経 \_\_\_\_\_ 歳

最近の月経はいつでしたか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 日間

月経周期 \_\_\_\_\_ 日周期・不整

○今まで妊娠をした経験はありますか？ (お答えできる範囲でかまいません)

なし・ある ⇒ (出産 \_\_\_\_\_ 回) (流産 \_\_\_\_\_ 回) (中絶 \_\_\_\_\_ 回)

○今まで性交渉の経験はありますか？ (お答えできる範囲でかまいません)

なし・ある

※別紙の更年期障害問診票へお願いします