

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 (_____)

○月経に関してお聞きします。

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