

更年期症状調査票

お名前 _____ 記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

当院では、更年期関係のご相談ではじめて来院された方には、診療前に、現在みられる症状について問診表にご記入いただくとともに、これまでにかかった病気やご身内の方がおかかりになった病気などについてもお聞きしております。

更年期関係のご相談で来院を希望される方は、あらかじめこの問診表にご記入いただき、ご持参いただきますと、診療がよりスムーズになります。是非ご利用下さい。

1. 本日初診の方は、以下の項目にお答え下さい。

① あなたの 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

② あなたの現在の生理（月経）の状態についてお尋ねします。当てはまる に印をつけて下さい。 毎月順調にある 以前とくらべて不順となっている

☞ 不順になりはじめた時期がわかればお答え下さい _____ 歳頃

 既に自然閉経している

〔医学的には、前回の生理があつてから、1年以上生理が認められなくなった時に、その最後の生理のあつた月日あるいは年齢をもって閉経と呼んでおります。（平均すると50歳位です）〕

☞ 閉経の時期がわかればお答え下さい _____ 歳頃 あるいは _____ 年 _____ 月

 婦人科手術にて生理はなくなっている

☞ 婦人科手術となった病名をお答え下さい _____

☞ 婦人科手術の内容を以下の項目よりお選び下さい

 子宮摘出のみ 子宮+片側の卵巣摘出 子宮+両側の卵巣摘出 不明

次のページももれなくご記入ください。

2. 以下の質問事項に当てはまる □ に印をつけて下さい。

〈重症度についての目安〉

弱：軽度で日常生活に支障のない程度

中：中等度で日常生活にやや支障があり、病院での相談も考えたい程度

強：高度で日常生活に支障があり、病院での治療を希望する程度

症状群	症状				
	種類	重症度			
		強 (3)	中 (2)	軽 (1)	無 (0)
1 血管運動神経障害様症状	1 顔が熱くなる (ほてる)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 汗をかきやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 腰や手足が冷える	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 息切れがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 腰背痛	5 腰が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 背中が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 関節・筋肉痛	7 肩こりがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 手足の節々の痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 全身倦怠	9 疲れやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 神経質	10 興奮しやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 イライラする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 神経質である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13 不安感がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 頭痛	14 頭が痛い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ゆううつ	15 つまらないことにくよくよする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 ゆううつになることが多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17 意欲がわからない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 不眠	18 夜なかなか寝つかれない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19 夜眠ってもすぐ目を覚ましやすい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 知覚障害様症状	20 手足がしびれる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21 手足の感覚がにぶい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 心悸亢進	22 心臓のどろきがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 眩暈	23 めまいがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24 はきけがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 蟻走感	25 皮膚をアリがはうような感じがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 認知機能障害様症状	26 もの忘れする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27 覚えられない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 皮膚症状	28 皮膚のしわが気になる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 毛髪症状	29 髪の毛のボリュームが少なくなる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 膀胱症状	30 お小水が近い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31 お小水が間に合わない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	32 お小水が漏れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 膣症状	33 おりもの (帯下) に色がつく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	34 膣が乾いた感じがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	35 膣にかゆみがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	36 性交時痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 咽喉症状	37 のどがつかえる感じがする	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 眼症状	38 目の痛みがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	39 目の乾いた感じがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 消化器症状	40 腹部膨満感がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

次のページももれなくご記入ください。

3. 以下の質問事項の当てはまる病気などに○をつけて下さい。

(1) 今までにかかったことがある病気および現在治療中の病気に、すべて○をつけるか該当するものがない場合は、一番下の（ ）内にご記入下さい。

- ① 生活習慣病： 高血圧 糖尿病 高脂血症（脂質異常症） 骨粗鬆症
- ② 悪性新生物： 子宮頸がん 子宮体がん 卵巣がん 乳がん 胃がん
肺がん 大腸がん 肝臓がん それ以外のがん（ ）
- ③ 脳神経の病気： 慢性の頭痛（病名判れば：片頭痛 緊張性頭痛 群発頭痛）
脳梗塞 脳卒中
- ④ 心臓・血管の病気： 不整脈 狭心症 心筋梗塞 閉塞性動脈硬化症
静脈血栓症（肺血栓 下肢静脈血栓症 血栓性静脈炎）
- ⑤ 肺・呼吸器の病気： 気管支喘息
- ⑥ 消化器の病気： 食道潰瘍 胃潰瘍 慢性胃炎
- ⑦ 肝・胆道の病気： B型肝炎 C型肝炎 アルコール性肝障害 肝硬変 胆石
- ⑧ 腎臓の病気： ネフローゼ 慢性腎炎 慢性腎不全 腎結石
- ⑨ 婦人科の病気： 子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣嚢腫 子宮下垂（子宮脱）
- ⑩ 泌尿器の病気： 妊娠中毒症（妊娠高血圧症候群） 不妊症 習慣性流産（不育症）
- ⑪ 内分泌の病気： 甲状腺機能亢進症 甲状腺機能低下症
- ⑫ 膠原病： 慢性関節リウマチ 全身性エリテマトーシス（SLE） シェーグレン症候群
- ⑬ 精神科の病気： うつ病 統合失調症 不安神経症 パニック障害 不眠症
- ⑭ 筋肉・骨の病気： 五十肩 手根管症候群 骨粗鬆症による骨折（骨折部位： ）
- ⑮ 耳鼻科の病気： メニエル病 良性頭位回転性めまい
- ⑯ 眼科の病気： 白内障 緑内障
- ⑰ 上記以外の病気： （ ）

(2) 現在あなたが服用されているお薬や嗜好（喫煙、飲酒）についてお伺いします。

① 現在、常用しているお薬があればすべてお書き下さい。

※出来ればお薬の名前まで。もし判らなければ「血圧を下げる薬」というような形でも結構です。

※いわゆるサプリメントも含めてお書き下さい。

（ ）

② 現在、喫煙習慣はありますか？

ない ある→1日平均（ ）本を（ ）年間

③ 現在、飲酒の習慣はありますか？

全く飲まない （アルコール摂取量で）1日3単位以下 1日3単位以上

※アルコール摂取量の1単位とは、標準的なグラスでのビール1杯（285ml）、蒸留酒のシングル（30ml）、中程度のワイングラスでのワイン1杯（120ml）に相当します。

次のページももれなくご記入ください。

3. 以下の質問事項の当てはまる病気などに○をつけて下さい。(続き)

(3) 以下に挙げる病気で、あなたの実の両親や兄弟姉妹が罹患したことがあるものがあればその病気に○をつけるとともに、罹患した方についてもご記入下さい。

- ① 生活習慣病：
- | | |
|------|-----------|
| 高血圧 | 罹患した方 () |
| 糖尿病 | 罹患した方 () |
| 高脂血症 | 罹患した方 () |
| 骨粗鬆症 | 罹患した方 () |

※罹患した方がご両親の場合、大腿骨頸部(股関節のつけ根)の骨折をしたことがありますか?
あり なし

- ② 悪性新生物：
- | | |
|-------|-----------|
| 子宮頸がん | 罹患した方 () |
| 子宮体がん | 罹患した方 () |
| 卵巣がん | 罹患した方 () |
| 乳がん | 罹患した方 () |
| 肺がん | 罹患した方 () |

- ③ 神経の病気：
- | | |
|------------|-----------|
| 慢性の頭痛(片頭痛) | 罹患した方 () |
| 脳梗塞 | 罹患した方 () |
| 脳卒中 | 罹患した方 () |

- ④ 心臓・血管の病気：
- | | |
|----------|-----------|
| 狭心症 | 罹患した方 () |
| 心筋梗塞 | 罹患した方 () |
| 肺血栓 | 罹患した方 () |
| 下肢静脈血栓症 | 罹患した方 () |
| 血栓性静脈炎 | 罹患した方 () |
| 閉塞性動脈硬化症 | 罹患した方 () |

- ⑤ 生殖器の病気：
- | | |
|-------|-----------|
| 子宮筋腫 | 罹患した方 () |
| 子宮内膜症 | 罹患した方 () |
| 妊娠中毒症 | 罹患した方 () |

- ⑥ 内分泌の病気：
- | | |
|----------|-----------|
| 甲状腺機能亢進症 | 罹患した方 () |
| 甲状腺機能低下症 | 罹患した方 () |

- ⑦ 膠原病：
- | | |
|------------------|-----------|
| 慢性関節リウマチ | 罹患した方 () |
| 全身性エリテマトーシス(SLE) | 罹患した方 () |

多数のご質問にご回答いただきましてありがとうございました。

問診は以上です。この用紙をお持ちになって、当院までお越しください。