

月経前症候群の症状に対する質問用紙

お名前： _____

記入日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

質 問 カ ー ド

① 月経前の下記の症状について、あてはまる番号に○をつけてください。

例) 0：いいえ 1：ほんの少し 2：すこし 3：かなり 4：非常に

頭が痛い	0	1	2	3	4
よく眠れない	0	1	2	3	4
不安である	0	1	2	3	4
めまいがある	0	1	2	3	4
気分がイライラする	0	1	2	3	4
のぼせる	0	1	2	3	4
手や足がほてる	0	1	2	3	4
手や足が冷える	0	1	2	3	4
肩・首が凝る	0	1	2	3	4
手や足がむくむ	0	1	2	3	4
下痢する	0	1	2	3	4
便秘する	0	1	2	3	4
口が渇く	0	1	2	3	4
お腹が痛い(場所)	0	1	2	3	4
お腹が苦しい、不快感がある	0	1	2	3	4
吐き気がある	0	1	2	3	4
食欲がない	0	1	2	3	4
疲れやすい	0	1	2	3	4
胃痛・胃もたれがある	0	1	2	3	4
胸がはる	0	1	2	3	4

上記以外で気になっている症状がありますか (はい ・ いいえ)

はいと答えた方、どのような症状かを書いてください _____

あなたが今、最も気になっている症状を一つあげてください _____

② 前回の月経について、下記のあてはまる項目に○をつけてください。

月経開始日	月 日
月経の期間	① 長い (8日以上) ② 普通 (5~7日) ③ 短い (4日以内)
月経周期	① 長い (33日以上) ② 普通 (25~32日) ③ 短い (25日未満)
月経血の量	① いつもより多い ④ いつもよりやや少ない ② いつもよりやや多い ⑤ いつもより少ない ③ いつも程度