

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
口が渴く	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
	③ いつも程度	⑤ いつもより少ない	