

月経について	生理がある方	<input type="checkbox"/> 規則正しい	<input type="checkbox"/> 不規則	<input type="checkbox"/> 月経痛強い
	生理がない方	<input type="checkbox"/> 自然閉経 () 歳	<input type="checkbox"/> 婦人科手術 () 歳	<input type="checkbox"/> ホルモン補充療法 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
	出産回数:	回		
薬や注射で副作用が起きたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		
	薬品名 ()			
これまでアレルギー体質といわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない		
これまで右の検査を受けられましたか。	<input type="checkbox"/> 子宮癌検診 (時期)			
	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ (時期)			
	<input type="checkbox"/> 骨密度測定 (時期)			
タバコは吸いますか?	<input type="checkbox"/> 吸っている (1日 本; 歳頃から)			
	<input type="checkbox"/> 以前すっていた (やめた時期は)			
	<input type="checkbox"/> すわない			
お酒は飲みますか?	<input type="checkbox"/> 飲まない			
	<input type="checkbox"/> 付き合い程度飲む			
	<input type="checkbox"/> かなり飲む (毎日・時々) (量)			
定期的 (週に3日以上) に運動をされていますか。	<input type="checkbox"/> 現在していない			
	<input type="checkbox"/> しているが定期的ではない。			
	<input type="checkbox"/> 現在, 定期的に行っている。			
結婚されていますか。	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 既婚	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 死別
同居家族はおられますか。	<input type="checkbox"/> 一人暮らし			
	<input type="checkbox"/> いる (どなたと?)			
職業	<input type="checkbox"/> 主婦	<input type="checkbox"/> パート	<input type="checkbox"/> 常勤	<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他
<u>ご家族の病歴について</u>	<input type="checkbox"/> 子宮体癌	<input type="checkbox"/> 子宮頸癌	<input type="checkbox"/> 卵巣癌	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫
祖父母、両親、兄弟姉妹、	<input type="checkbox"/> 子宮内膜症	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 胃癌	<input type="checkbox"/> 大腸癌
子、孫の中に該当する方が	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞・狭心症	<input type="checkbox"/> 他の心臓病	<input type="checkbox"/> 高血圧	
おられたら✓を付けてください。	<input type="checkbox"/> 甲状腺の病気	<input type="checkbox"/> 膠原病 (リウマチを含む)		
	<input type="checkbox"/> 骨粗鬆症			

漢方診療のための質問にお答えください。

質問項目	はい	中間	いいえ	各項目の点数
1. 体質は筋肉質ですか	6	3	0	
2. 体型は固太りですか	6	3	0	
3. 皮膚はつやがありますか	8	4	0	
4. 腹部は弾力的で緊張感がありますか	8	4	0	
5. 食べ過ぎても比較的平気なほうですか	6	3	0	
6. 食事のスピードは速いほうですか	6	3	0	
7. 一日でも便秘をすると不快なほうですか	6	3	0	
8. 暑さ、寒さにわりと平気なほうですか	6	3	0	
9. 手足の冷えは感じないほうですか	6	3	0	
10. 活動的ですか	6	3	0	
11. 人に比べ疲れにくいほうですか	6	3	0	
12. 声は強いほうですか	8	4	0	
13. 日頃の行動に余裕がありますか	8	4	0	
14. 胃薬は苦くても飲めますか	6	3	0	
15. 寝汗はかかないですか	8	4	0	
1～15までの合計点数を記入				

[参考] 0～35点＝虚証 36～65点＝中間証 66点以上＝実証

40歳以上の方は裏へ続く

更年期症状の重症度をチェックしましょう。

症状	症状の程度				項目点数
	強	中	弱	無	
1. 顔がほてる	10	6	3	0	
2. 汗をかきやすい	10	6	3	0	
3. 腰や手足が冷えやすい	14	9	5	0	
4. 息切れ、動悸がする	12	8	4	0	
5. 寝つきが悪い、眠りが浅い	14	9	5	0	
6. 怒りやすく、すぐイライラする	12	8	4	0	
7. くよくよしたり、憂うつになることがある	7	5	3	0	
8. 頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0	
9. 疲れやすい	7	4	2	0	
10. 肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0	
11. トイレが近い、尿もれがある	10	6	3	0	
12. 膣や尿道がヒリヒリする、性交痛がある	10	6	3	0	
1～12までの項目点数を合計してください。					

(小山嵩夫氏の簡易更年期指数をもとに作成)

評価

0～25＝問題なし。

26～50＝食事、運動に気をつけ、無理をしないようにする。

51～70＝外来で、生活指導カウンセリング、薬物療法を受けたほうがよい。

71～90＝長期（6ヶ月以上）治療が必要になります。

91以上＝各課の精密検査を受ける必要があります。