月経（生理）チェックリスト

記入日：　　年　　月　　日

お名前：

年齢：

●月経(生理)前、月経(生理)中にある症状について、
わかる範囲で結構ですので記入してください。

月経(生理)スタート
0

強い/◎ 中位/○ 弱い/△	月経（生理）前(日)														月経（生理）中／後（日）														月経(生理)時期に関係なくある
	-14	-13	-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
下腹部痛																													
腰痛																													
むくみ																													
お腹･乳房のはり/痛み																													
はき気(嘔吐)																													
頭痛																													
疲労･脱力感																													
便秘																													
下痢																													
食欲不振(食欲の変化)																													
イライラ																													
憂うつ/落ち込む																													
怒りっぽい																													
肌荒れ																													
排便痛																													
性交痛																													

● 初めての月経は(生理)は何歳ですか？　　（　）歳

● 月経(生理)痛はいつから強くなりましたか？　　・初経(初めての月経・生理)からずっと　・（　）歳ごろより

● 月経(生理)の経血に、血のかたまりができますか？　　・いつもでる　・ときどきでる　・ほとんどない

● 子宮にかかわる病気(子宮内膜症、子宮筋腫など)と診断されたことはありますか？あれば病名を記載してください。

● 今までに月経(生理)に関して他院を受診・治療したことはありますか？　・ある　→ 下記についてお答えください

・いつごろ受診・治療しましたか？　　（　　）年　（　）月頃

・何か検査をしましたか？

・どんな治療をしましたか？

・月経(生理)中に服用している薬剤はありますか？

● その他気になることがあれば、下記に記載して下さい。