更年期・月経前症候群心身症外来問診票

① どのような症状がありますか？　　お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

② いつからですか？

③ ①のなかで一番お困りの症状はどれですか？

④ それによって日常生活が障害されていますか？

⑤ 何%くらい障害されていると感じますか？

⑥ これまで、同じ症状で他の科や他の病院に受診しましたか？

⑦ その結果いかがでしたか？

⑧ 希望される治療はありますか？

⑨ 他に通院している病気はありますか？

⑩ 常用薬はありますか？

⑪ 体と心のどちらにどれくらい関係があると思いますか？〇をつけてください。

体　　心