

思春期月経困難症 問診票

氏名

生年月日西暦 年 月 日（ 才）

学校名（ ）学年（ 年生）

初潮（ 才）

① 本日のご相談内容について

☐月経痛のお悩み（腹痛、頭痛、吐き気、下痢など）

月経周期 順（ 日型） 不順（ ～ 日）

月経量（少ない・普通・多い） 痛み（なし・普通・多い）

鎮痛剤使用（なし・あり 薬名_____）

☐月経をずらしたい。（月経予定日 月 日、 月 日から 月 日までは避けたい）

☐低用量ピル（初回、他院から継続希望、薬名_____）

☐その他（ ）

②薬などのアレルギーはありますか？ なし・あり（ ）

③現在治療中の御病気はありますか？ なし・あり（ ）