

## 更年期障害評価尺度(MRS)

現時点でご自身に当てはまる症状は次のうちどれですか？ 症状ごとに適切なものに印を付けてください。  
当てはまらない症状については「なし」に印を付けてください。

**症状：**

		なし	軽度	中等度	重度	極めて 重度
		-----	-----	-----	-----	
	スコア =	0	1	2	3	4
1.	ホットフラッシュ（急なほてり・ほてり）や 発汗 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	胸部の不快感（脈が異常に感じる、脈が飛ぶ、 脈が速い、胸が圧迫される感じ） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	睡眠障害（なかなか寝付けない、夜間に目が 覚めて眠れなくなる、朝早く目が覚める） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	抑うつ気分（気分が落ち込む、悲しくなる、 涙が出そうになる、意欲がわからない、気分の 変動） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	イライラ（神経質になる、緊張する、攻撃的 になる） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	不安（心が落ち着かない、パニック状態に なる） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	身体的および精神的疲労（全体的な活動性 の低下、記憶力の低下、集中力の低下、 物忘れ） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	性的な問題（性欲の変化、性行動や性的な 満足感の変化） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	排尿障害（尿が出づらい、排尿回数が増え る、尿もれがある） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	膣の乾燥（膣が乾燥した感じ、あるいは熱い 感じがする、性交が困難） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	関節および筋肉の違和感（関節の痛み、 腫れ、こわばり） .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>