

绝经症状评价量表

姓名：

出生日期：

病例号：

最近一段时间，您有无下列症状？对于有的症状，请按照相应的严重程度在下面的框中打勾；如没有，请在“无”的框中打勾。

症状					
	↓	↓	↓	↓	↓
	无	轻微	中度	严重	非常严重
	0分	1分	2分	3分	4分
潮热，冒汗（阵发性出汗）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心脏不适（感觉心跳异常，漏跳，心跳过快，胸口发紧）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
睡眠问题（入睡困难，睡眠中经常惊醒，早醒）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
情绪低落（情绪低落，伤感，想哭，缺乏活力，情绪波动）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
急躁易怒（感觉紧张，心里总是感觉有压力，总想与别人争吵）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
焦虑（烦躁不安，恐惧感）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体力和精神上感觉非常疲劳（做事效率整体下降，记忆力减退，不能集中注意力，容易忘事）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
性问题（性欲改变，性活动改变，性满足感改变）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
膀胱问题（排尿困难，尿意增加，尿失禁）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
阴道干燥（感觉阴道干燥或烧灼，性生活困难）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
关节和肌肉不适（关节痛，症状与类风湿关节炎相似）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
总计					