

Menopause Rating Scale (MRS)

現在のあなたに当てはまる症状は以下のどれですか？当てはまる症状に印をつけてください。症状がない場合は、「なし」に印をつけてください。

	なし	少しあ る	ある	かなり ある	とても ひどい
	-----	-----	-----	-----	-----
	0	1	2	3	4
1. ホットフラッシュ（急なほてり・のぼせ、顔が熱くなる）、突発的な発汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 心臓の不快感（脈のとびや乱れ、動悸、胸が締め付けられる感覚）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 睡眠に関する問題（寝つきが悪い、途中で目覚めてしまう、予定より早く目覚めてしまう）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 憂うつな気分（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、気分のむら）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 怒りっぽい（神経質、気が張り詰める、攻撃的）	<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、じっとしてられない気分）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 心身の強い疲労感（作業能力の全般的な低下、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. 性生活に関する問題（性的欲求、性的活動や満足感の変化）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 排尿時の問題（尿が出にくい、排尿するのにいきむ必要がある、尿漏れ）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 膣の乾燥（膣の乾燥感やヒリヒリと焼けつくような感覚、性交の困難感）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 関節や筋肉の不快感（関節の痛み、こわばり、リウマチのような症状）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>