

If you are interested in the use of the MRS, please contact us at:
info@zeg-berlin.de

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。



|-----|-----|-----|-----|

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"/> |

