

評価表

氏名

※現在の症状を10点満点で記入(症状が強い10点～症状は弱い0点)

年					
日付					
とにかく疲れている					
気分の落ち込みがある					
眠れない					
朝、起きられない					
関節痛・筋肉痛・肩こりがある					
立ちくらみがある					
性欲が格段に落ちた					
低血圧である					
一日3杯以上コーヒーを飲む					
食事を抜くと気分が悪くなる					
冬でなくても手足が冷たい					
訳もなく怒りっぽくなる					
低体温である					
耳鳴りがする					
すぐに息切れがする					
集中力がない					
記憶障害・頭に霧がかかっている					
動悸がする					
強いかゆみがある					
口の中が金属の味がする					
神経過敏・神経質である					
体のかゆみがある					
甘いものを食べずにいられない					
月経が不安定・月経痛が強い					
胸が焼け、胃のもたつき					
胃もたれ					
食欲不振					
胃痛					
腹部の膨満感					
便の形が不安定					
下痢気味					
便秘気味					
便の臭いが強い					
下腹部痛がある					
合計					