　　　年　　　月

氏名：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | YES | NO | 質問 | 備考 |
| 1 |  |  | 過去12ヶ月で何回月経がありましたか？ | 回数： |
| 2 |  |  | 月経は規則的にきていますか？ |  |
| 3 |  |  | 骨密度が低いと言われたことはありますか？ |  |
| 4 |  |  | 最近あった月経はいつですか？ | 月　日 |
| 5 |  |  | 摂食障害の経験はありますか？ |  |
| 6 |  |  | 体重を気にしていますか？ |  |
| 7 |  |  | 誰かに原料または増量を勧められていますか？ |  |
| 8 |  |  | 特別にダイエットを行なっていますか？  または特定の食品または食品群を避けていますか？ |  |
| 9 |  |  | 初めて月経がきたのは何歳ですか？ | 歳 |
| 10 |  |  | 疲労骨折の経験はありますか？ |  |
| 11 |  |  | ホルモン剤(低用量ピルなど)を服用していますか？ |  |