

お名前 _____

【症状：患者さま記載用】

患者様へ：黒い太線で囲んである部分をご記入下さい。

手術日	月 日	術後_____ヶ月	最終月経	月 日～	
痛み	症状/状況	程度	月経時	月経以外の時	
	お仕事への影響	0.なし 1.まれに 2.中等度 3.著明			
	自律神経症状*	0.なし 1.あり			
	鎮痛剤の使用	0.なし 1.まれに 2.常に 3.無効			
		計			
	VAS**	月経時			
		性交時			
		排便時			
鎮痛剤の種類	市販薬：イブ、バファリン、ナロンエース、 その他 ()				
	処方薬：ロキソニン、ボルタレン、ポンタール、その他 ()				
	坐薬：ボルタレン、インダシン、インテバン、 その他 ()				
鎮痛剤の服用量	()個/周期(前回の月経期間中)				
月経量	()/10	←最も多い月経血の量を10とした時の相対的なスコア			

月経時と月経以外の時の症状や状況の程度を表すスコアを、各項目につきそれぞれ選んで下さい。

3つの項目の合計点(縦3枠の合計)

耐えられない最強の痛みを10点、痛みなしを0点とした場合の相対的なスコアを、各項目につき選んで下さい。

前回の月経周期中に使用した鎮痛剤の種類と個数を記載して下さい。

前回の月経量を、最も多い時を10とした場合の相対的なスコアで記載して下さい。

*自立神経失調症：痛みに伴う頭痛、悪心など

**VAS：耐えられない痛みを10点、痛みなしを0点とした場合の相対的なスコア

【診察所見：医師記載用】

TV-US	残存卵巣腫瘍 (□無 □有) (右 _____ × _____ mm) (左 _____ × _____ mm)
	再発卵巣腫瘍 (□無 □有) (右 _____ × _____ mm) (左 _____ × _____ mm)
	所見MTの有無 □なし □あり
ovarian reserve	(右Grade____、左Grade____) Grade1.12mm以上の主席卵胞又は黄体を認める Grade2.小卵胞を認める Grade3. 卵巣実質のみ Grade4. 卵巣描出不可
ホルモンその他	□LH(____) □FSH(____) □E2(____) □NTX(____) □ALP(____) □血算() □生化() □CA125() □CA19-9() □
処方	NSAID □ロキソニン3tab分3×__days, □ボルタレン3tab分3×__days □[ボルタレン・インダシン・インテバン]sp(____mg)×()個
	OC □オーソM____シート、 □マーベロン____シート □その他(____)1tab分1×__days)
その他	□フェロミア2tab分2×__days、 □セルベックス3cp分3×__days □
備考	□SLL[なし・あり:()月()日予定] □紹介状(未・済) □病理結果説明
次回外来: ()ヶ月後 / ()月()日 [予約: □なし □あり(:)]	
次回外来医: □武内、□北出、□菊地、□島貫、□熊切、□腹腔鏡	医師サイン _____