

初診時間診表(子宮筋腫)

年 月 日

お名前 _____

【主訴】

他院で指摘 過多月経 不正出血
頻尿 腫瘤感(腫瘤が触れる) 圧迫感
下腹痛 腰痛 月経困難症(月経痛)
不妊症(____年) その他(____)

【月経の状態】

・初経:()歳、・月経周期:()日型〔整・不整〕
 ・持続()日間、月経量:[多・中・少]、・月経痛:[強・中・弱]
 ・鎮痛剤服用:[なし あり:()を()個/周期 服用]
 ・最終月経()月()日～()日間

【妊娠について】

・妊娠を希望しています → はい:[できるだけ早く・そのうちに]
いいえ:[将来的には希望する・今後もずっと希望しない]

【他院での診断・検査】 (なし あり)

‘あり’の方のみ記載して下さい。

・診断時期:____年____月____日 ・診断された場所:()〔病院・診療所・検診センター・その他〕
 ・子宮筋腫(最大)の大きさ:直径約()cm ・子宮筋腫の数:約()個
 ・行われた検査:超音波、CT、MRI、貧血の検査、その他()
 ・持参した画像:なし あり〔MRI・CT・その他()〕 ・画像の借用:なし あり
 ・貧血:なし あり〔ヘモグロビン値:()g/dl、不明〕
 ・子宮癌検診(細胞診):未 済〔施行時期:平成()年()月頃〕

【他院での薬物治療の状況】 (なし あり)

‘あり’の方のみ記載して下さい。

	種類	治療した年齢	期間
ホルモン療法	<input type="checkbox"/> GnRH agonist	()歳	①()月～()ヶ月 ②()月～()ヶ月 ③()月～()ヶ月
	<input type="checkbox"/> 点鼻薬() <input type="checkbox"/> 注射剤()	()歳	①()月～()ヶ月 ②()月～()ヶ月 ③()月～()ヶ月
	<input type="checkbox"/> ピル()	()歳	①()月～()ヶ月 ②()月～()ヶ月 ③()月～()ヶ月
その他	<input type="checkbox"/> 漢方薬()	()歳	①()月～()ヶ月 ②()月～()ヶ月 ③()月～()ヶ月
	<input type="checkbox"/> 鎮痛薬()	←最近まで内服していた場合のみ記載して下さい。 内服量:()個/周期	
	<input type="checkbox"/> 鉄剤・造血剤	←最近まで内服していた場合のみ記載して下さい。 服用期間:()月～()ヶ月	

【他院で行った手術療法】 (なし あり)

‘あり’の方のみ記載して下さい。

方法	術式	施行した年齢
<input type="checkbox"/> 腹腔鏡		()歳
<input type="checkbox"/> 子宮鏡	<input type="checkbox"/> 子宮筋腫核出術、 <input type="checkbox"/> その他()	()歳
<input type="checkbox"/> 開腹		()歳
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 子宮動脈塞栓術、 <input type="checkbox"/> その他()	()歳