

初診時間診表(子宮内膜症・腺筋症)

年 月 日

お名前 _____

【主訴】

- 月経困難症(月経痛) 排卵痛 下腹痛
 性交痛 排便痛 過多月経 不妊症(年)
 他院で指摘 その他()

【月経の状態】

- ・初経:()歳、 ・月経周期:()日型〔整・不整〕
 ・月経量:[多・中・少]、 ・月経痛:[強・中・弱]
 ・最終月経()月()日～()日間

【痛みの程度】

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		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	性交時		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
	排便時		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
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(visual analog scale):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

【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]
 ・診断名: チョコレート嚢胞(右・左)、 ダグラス窩閉塞、 子宮腺筋症、 詳細不明、 その他()
 ・行われた検査: 超音波、 CT、 MRI、 腫瘍マーカー、 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

【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()	()歳			
	<input type="checkbox"/> 注射剤()	()歳			
	<input type="checkbox"/> ピル()	()歳	①()月～()ヶ月	②()月～()ヶ月	③()月～()ヶ月
	<input type="checkbox"/> ボンゾール	()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

【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	<input type="checkbox"/> 嚢腫摘出術(右・左)、 <input type="checkbox"/> 卵巣摘出術(右・左)、 <input type="checkbox"/> 癒着剥離術、 <input type="checkbox"/> その他()	()歳
<input type="checkbox"/> 開腹		()歳
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> エタノール固定術、 <input type="checkbox"/> 子宮動脈塞栓術、 <input type="checkbox"/> その他()	()歳 <small>武内・北出作</small>