

更年期外来

No1

令和 年 月 日

氏名： 生年月日：

身長： cm 体重： kg 血圧： /

1. 過去2回の月経はいつでしたか？また量はどうでしたか？

①平成 年 月 日～ 日間 / 量：多・普通・少

②平成 年 月 日～ 日間 / 量：多・普通・少

2. 生活習慣について教えてください。

①運動していますか？

いいえ・はい⇒ (どんな？)

②喫煙していますか？

いいえ・はい⇒ (どのくらい？ 1日 本/ 年間)

③飲酒しますか？

いいえ・はい⇒ (どのくらい？ 回/週)

④日常の嗜好について教えてください。

甘いものが好き・塩辛いものが好き

脂っこいものが好き・外食が多い

3. あなたの症状について詳しく教えて下さい (○をつけて下さい)

| | 強 | 中 | 弱 | なし | 点数 |
|-----------------|----|---|---|----|----|
| 顔がほてる | 10 | 6 | 3 | 0 | |
| 汗をかきやすい | 10 | 6 | 3 | 0 | |
| 腰や手足が冷えやすい | 14 | 9 | 5 | 0 | |
| 息切れ、動悸がする | 12 | 8 | 4 | 0 | |
| 寝つきが悪い、または眠りが浅い | 14 | 9 | 5 | 0 | |
| 怒りやすく、すぐイライラする | 12 | 8 | 4 | 0 | |
| くよくよしたり憂うつになり易い | 7 | 5 | 3 | 0 | |
| 頭痛、めまい、吐き気がよくある | 7 | 5 | 3 | 0 | |
| 疲れやすい | 7 | 4 | 2 | 0 | |
| 肩こり、腰痛、手足の痛みはある | 7 | 5 | 3 | 0 | |

計： 点

4. 今の症状で検査・治療をした事がありますか？

なし ・ あり⇒ (具体的に：)

5. 今まで子宮頸癌、乳癌、大腸癌健診を受けた事がありますか？

①子宮頸癌

なし・あり (いつ： 結果：)

②子宮体癌

なし・あり (いつ： 結果：)

③大腸癌

なし・あり (いつ： 結果：)

6. ご希望の治療がありますか？

- 特にない 漢方 ホルモン補充療法
サプリメント カウンセリング その他

7. その他あてはまる症状があればチェックしてください。

- 関節痛 しびれ 耳鳴り
性交痛 性行為が苦痛 おりもの
むくみ 食欲不振 便秘・下痢
不安感 物忘れ 判断力の低下
無気力 皮膚乾燥 皮膚のかゆみ

ホルモン補充療法を慎重に行う必要のある方

- 1、子宮内膜癌の既往
- 2、卵巣癌の既往
- 3、肥満
- 4、60歳以上または閉経後10年以上の新規投与
- 5、血栓症のリスクを有する
- 6、冠攣縮および微小血管狭心症の既往
- 7、慢性肝疾患
- 8、胆嚢炎および胆石症の既往
- 9、重症の高トリグリセリド血症
- 10、コントロール不良な糖尿病
- 11、子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症の既往
- 12、片頭痛
- 13、てんかん
- 14、急性ポルフィリン血症
- 15、全身性エリテマトーデス（SLE）

上記疾患にあてはまるものがありますか？

なし ・ あり

ホルモン補充療法ができない方

- 1、重度の肝機能障害
- 2、現在の子宮内膜癌
- 3、現在の低悪性度子宮内膜間質肉腫
- 4、妊娠が疑われる
- 5、急性血栓性静脈炎または静脈血栓塞栓症とその既往
- 6、心筋梗塞および冠動脈に動脈硬化性病変の既往
- 7、脳卒中の既往

上記疾患にあてはまるものがありますか？

なし ・ あり

ご協力、ありがとうございました。