

HRT 問診チェックシート

氏名

年齢

歳

喫煙をしますか	<input type="checkbox"/> はい 喫煙年数()年 喫煙本数()本	<input type="checkbox"/> いいえ
高血圧と言われた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
糖尿病と言われた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
血栓性静脈炎・肺塞栓症・脳血管障害・冠動脈疾患 心血管系などのまたはその既往がありますか	<input type="checkbox"/> はい 疾患名()	<input type="checkbox"/> いいえ
過去2週間以内に大きな手術を受けましたか、または 今後4週間以内に手術の予定はありますか	<input type="checkbox"/> はい 疾患名()	<input type="checkbox"/> いいえ
脂質代謝異常(高脂血症など)と言われた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい 疾患名()	<input type="checkbox"/> いいえ
胆嚢疾患や肝障害と診断された事がありますか	<input type="checkbox"/> はい 疾患名()	<input type="checkbox"/> いいえ
激しい頭痛や片頭痛があったり目がかすむ事がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
性器の不正出血がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
乳がんや子宮がんと言われた事がありますか	<input type="checkbox"/> はい 疾患名()	<input type="checkbox"/> いいえ
子宮がん検診を受けられていますか	<input type="checkbox"/> はい 異常(あり・なし)	<input type="checkbox"/> いいえ
乳がん検診を受けられていますか	<input type="checkbox"/> はい 異常(あり・なし)	<input type="checkbox"/> いいえ
血液検査を受けられていますか	<input type="checkbox"/> はい 異常(あり・なし)	<input type="checkbox"/> いいえ
骨密度検査を受けられていますか	<input type="checkbox"/> はい 異常(あり・なし)	<input type="checkbox"/> いいえ
現在内服中の薬剤などがありますか	<input type="checkbox"/> はい 薬剤名()	<input type="checkbox"/> いいえ

簡略更年期指数(SMI)

	強	中	弱	無	
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	
寝つきがわるい・眠りが浅い	14	9	5	0	
怒りやすくイライラする	12	8	4	0	
くよくよしたり憂うつになる	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・手足の痛みがある	7	5	3	0	

☆性交痛はありますか？(ある・少しある・ない・性交しないのでわからない)

☆膣がかわいた感じがしますか？(ある・少しある・ない)

☆咳やくしゃみ・重いものを持った時に尿もれすることはありますか？(ある・少しある・ない)

☆物忘れを感じますか？(はい・年齢相当だと思う・いいえ)

☆その他、気になる症状・疑問などあればご自由にお書きください。