

## 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<br>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<br>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<br>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。