

切らない筋腫治療センター 問診票

筋腫の診断と治療方針の検討のために必要な情報ですので正確に記入してください。

これらの個人情報には診療目的以外に用いることはありません。

氏名 _____ 年齢 歳 _____ 身長 cm _____ 体重 kg _____

症状 ① つらいこと(困ること)はなんですか？ (○をつけてください)

生理の出血が多い, 生理が長い, 生理痛, おなかに触れるものがある

② それらはいつごろからですか？

③ 血液検査で貧血と言われた方は, 血色素(Hb ヘモグロビン)の最低値を書いてください

経過 ① 筋腫がわかったのはいつごろですか？

② 筋腫の症状に対して治療はしましたか？ (わかれば種類, 時期も具体的に)

(a) 薬

(b) 注射

(c) 手術

妊娠 ① 妊娠を望みますか？ はい いいえ (○をつけてください)

② 具体的な予定はありますか？ あり なし (○をつけてください)

③ 流産または妊娠中絶の経験はありますか？ あり なし (○をつけてください)

出産 ① 出産経験はありますか？ あり(回数 回) なし (○をつけてください)

② 帝王切開でしたか？ はい(回数 回) いいえ (○をつけてください)

喘息がありますか？ はい いいえ (○をつけてください)

喫煙しますか？ はい いいえ (○をつけてください)

筋腫治療以外の過去の手術, 治療中の病気, 服用中の薬 があれば書いてください

希望する手術がありますか？ 子宮鏡筋腫摘出, 腹腔鏡筋腫摘出, 腹腔鏡子宮全摘 (○をつけてください)

相談・質問したいことがあれば書いてください