

ホルモン補充療法(HRT)を希望される方へ

安全にHRTが行えるかどうかを判断するために、以下の質問について正確にご記入ください。

年 齢 _____ 歳 身 長 _____ cm 体 重 _____ kg 血 圧 _____ / _____

1	以前にHRTをしていたことがありますか？	はい	いいえ					
	「はい」の場合 いつからいつまでしていましたか？	年	月	日	～	年	月	日
	何か異常がありましたか？	はい	いいえ					
	それはどんな症状でしたか？ ()							
2	子宮を摘出する手術を受けたことがありますか？	はい	いいえ					
3	肝機能に異常があるといわれたり、肝臓の病気に罹ったりしたことがありますか？	はい	いいえ					
4	乳癌と診断され、治療をしたことがありますか？	はい	いいえ					
5	ご家族や親族に乳癌と診断された方がいらっしゃいますか？	はい	いいえ					
6	現在、乳房にしこりがありますか？	はい	いいえ					
7	婦人科の癌、特に子宮体癌や肉腫、あるいは卵巣癌と診断されたことがありますか？	はい	いいえ					
8	これまでに子宮筋腫、子宮内膜症あるいは子宮腺筋症といわれたことがありますか？	はい	いいえ					
9	現在、膣からの月経以外の不規則な出血(不正性器出血)がありますか？	はい	いいえ					
10	現在、妊娠している可能性がありますか？	はい	いいえ					
11	現在、ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？	はい	いいえ					
12	これまでに狭心症、心筋梗塞、脳卒中、脳出血、脳梗塞、脳血管障害、肺血栓症、静脈血栓症、血栓性静脈炎などになったことはありますか？	はい	いいえ					
13	生まれつき血が固まりやすい、あるいは先天性血栓性素因があるといわれたことがありますか？	はい	いいえ					
14	ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか？	はい	いいえ					
15	流産・死産を繰り返したことがありますか？	はい	いいえ					
16	妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症といわれたことがありますか？	はい	いいえ					
17	これから手術を予定されているか、あるいは最近されましたか？	はい	いいえ					
18	心臓や腎臓に異常があるといわれたことがありますか？	はい	いいえ					
19	脂質代謝異常(高脂血症など)といわれたことがありますか？	はい	いいえ					
20	血圧が高いといわれたことがありますか？	はい	いいえ					
21	胆嚢炎にかかったり、胆石があるといわれたことがありますか？	はい	いいえ					
22	糖尿病、耐糖能異常または血糖値が高いといわれたことがありますか？	はい	いいえ					
23	片頭痛があるといわれたことがありますか？	はい	いいえ					
24	以前、月経期や排卵期などに激しい頭痛を経験したことがありますか？	はい	いいえ					
25	てんかんといわれたことがありますか？	はい	いいえ					
26	ポルフィリン症といわれたことがありますか？	はい	いいえ					
27	全身性エリテマトーデス(SLE)といわれたことがありますか？	はい	いいえ					
28	喫煙していますか。(本/日)	はい	いいえ					
29	マンモグラフィーを受けたことがありますか？	はい	いいえ					
	「はい」の場合 いつ受けましたか？	年	月	日				
30	その他、自分の身体のこと、あるいはホルモン補充療法(HRT)について心配なことや何か知りたいことなどがありましたらご記入ください。 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>							

上記記載に間違いはありません

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご署名 _____