

HRT 再診時チェックリスト

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ (_____ 歳)

身長： _____ c m 体重： _____ k g

血圧： _____ / _____ mmHg

1.	更年期障害は軽くなっていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2.	不正性器出血はありませんか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
3.	喫煙する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合	1 日 本
4.	過去 2 週間以内に手術を受けた、今後 4 週間以内に手術予定がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5.	その他、気になる症状	

主な血栓症状の有無

部位	症状	症状
手足	突然の足の痛み・腫れ	有・無
	手足の脱力・まひ	有・無
胸	突然の息切れ	有・無
	押しつぶされるような胸の痛み	有・無
頭	激しい頭痛	有・無
口	口のもつれ・しゃべりにくい	有・無
目	突然の視力障害 (見えにくいところがある・視野が狭くなる)	有・無

* 上記血栓症状の内容はしっかり記憶するか、内容を記載したカードを携帯してください。

* 定期的に子宮癌検診、乳癌検診を受けてください。