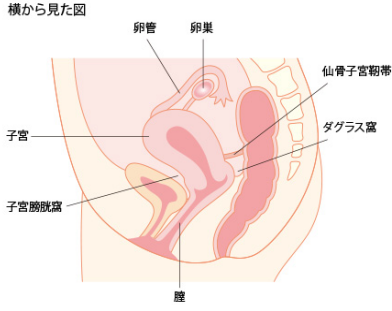


# 器質性月経困難症 診療計画書

\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

患者氏名 \_\_\_\_\_様 ( ) 歳

<p>現在の病巣（疑いも含む）</p> 	<p><input type="checkbox"/>子宮内膜症 位置： 右卵巣・左卵巣・深部・その他 大きさ： ( )</p> <p><input type="checkbox"/>子宮筋腫 位置： 粘膜下・筋層内・漿膜下・その他 大きさ： ( )</p> <p><input type="checkbox"/>子宮腺筋症</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ( )</p>
<p>現在の月経・妊娠の状況</p>	<p>1. 月経 (未閉経・薬物治療中・閉経)</p> <p>2. 妊娠 (現在希望・将来希望・希望せず)</p>
<p>現在の症状</p>	<p>1. 月経痛 (無・有)</p> <p>2. 慢性骨盤痛 (無・有)</p> <p>3. 不妊症 (無・有・現在妊娠の希望なし)</p> <p>4. その他の症状 (無 有： )</p>
<p>現時点の治療方針</p>	<p><input type="checkbox"/>薬物療法 (LEP・プロゲスチン・GnRHアナログ・その他)</p> <p><input type="checkbox"/>不妊治療 <input type="checkbox"/>手術 <input type="checkbox"/>経過観察</p>
<p>起こり得るリスク・合併症</p>	
<p>現在の治療の状況</p>	<p>1. 効果 (有効・無効・わからない)</p> <p>2. 副作用 (なし・あり _____ )</p> <p>3. 合併症 (なし・あり _____ )</p>
<p>長期的な治療計画</p>	<p><input type="checkbox"/>薬物療法 _____まで</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p>
<p>次回受診日</p>	<p>_____年 _____月 _____日</p>
<p>その他</p>	

病院名 \_\_\_\_\_ 主治医氏名 \_\_\_\_\_

患者署名 \_\_\_\_\_