

*** 月経痛についての問診票 ***

Ver.2006.4

(記入日 年 月 日)

治療 LDP / Dz / GnRH+ab / others / Ope. 前・後 年 ヶ月

名前 :

I.D.

年齢 () 歳 身長 () cm 体重 () kg

この問診票は、あなたの症状を正確に把握し、治療に役立てるためのものです。

ここ3ヶ月位のことについて、できるだけシンプルにお答えください。

(あまり考え込まずに、選択肢にはどれか一つだけに をつけ、文章を書き込まないで下さい。)

痛み止めを使っている場合は、使った状態での状況をお答え下さい。

もちろんこの問診票に答えるだけでは表現しきれないような症状があるかと思いますが、月経手帳なども参考にして、あらためて医師との問診でお話をうかがい、治療方針を決定いたします。

Q1; ; 月経時の下腹部痛の程度についておたずねします。

Q1-1 ; あなたの月経痛の程度は、下のどれに最も近いですか？ 1つだけ選んで下さい。

x 度 ; 治療によって月経は全くきていない。

0 度 ; 痛みはほとんどない。日常生活に支障ない。

1 度 ; 痛みはあるが日常生活は普通に行える。

2 度 ; 痛みのために日常生活に差し支えることがある。

痛み止めを飲むと、学校や仕事を休むことはほとんどない。

3 度 ; 痛みのために日常生活に支障をきたしている。

痛み止めを飲んでも仕事などを休むことが多い。

4 度 ; 痛みのために動くのもつらく、一日中横になっている。

Q1-2 ; あなたの月経痛の程度は、最も痛みの強い日で下の線のどのあたりでしょうか？

印をつけて下さい。

全く痛みがない

あなたが想像できる

最も強い痛み

Q2 ; 月経以外の時の症状についておたずねします。

Q2-1 ; 月経時以外にも下腹部、腰、ふとももなどに痛みを感じることがありますか？

- 0 ; 痛みはない。
- 1 ; 月に数回、不快感や痛みがある。
- 2 ; ほとんど毎日、不快感や痛みがある。
- 3 ; 毎日、痛み止めを必要とするような痛みがある。

Q2-2 ; Q2-1 で 1~3 と答えた方にうかがいます。特に痛みを感じる時期はいつですか？
をつけて下さい(いくつでも)。症状が強いときは をつけて下さい。

- x ; 治療によって月経もしくは排卵は止まっているが、慢性的な痛みはある。
- 1 ; 月経が終わる頃から排卵にむかう約 1 週間。
- 2 ; 排卵の前後(体温が上がり、おりものがふえる頃。次の月経の約 2 週間前)。
- 3 ; 次の月経の 1 週間前から月経が始まるまで。
- 4 ; 月経と関係なく、慢性的に痛い。
- 5 ; その他()

Q2-3 ; その痛みの程度は、最も痛みの強い日で下の線のどのあたりでしょうか？
印をつけて下さい。

全く痛みがない

あなたが想像できる
最も強い痛み

Q2-4 ; 性交経験がありますか？

- 0 ; ない。
 - 1 ; ある。
 - 1 と答えた方にうかがいます。
- 性交痛(性交時に下腹部に鋭い刺されるような痛み)を感じることがありますか？
- 0 ; そういうことはない。
 - 1 ; 痛みを感じることはあるが、気にならない程度。
 - 2 ; 痛みを感じるが、我慢できる。
 - 3 ; 我慢できないくらい強い痛みがある。
 - 4 ; 痛みがあるため最初から性交をさけている。

Q2-5-1 ; 性交痛の程度は、下の線のどのあたりでしょうか？ 印をつけて下さい。

全く痛みがない

あなたが想像できる
最も強い痛み

Q2-5-2;現時点で妊娠を希望されていますか？

- 0 ; はい。
- 1 ; いいえ。

Q2-5-3;Q2-5-2 で 0 と答えた方にうかがいます。いつ頃から妊娠を希望されていますか？
(年 月 頃より)

Q2-6 ; 排便痛 (排便前やガスの移動するときなど、腸の動いていると思われる時に、下腹部や肛門の周囲、尾骨のあたりに鋭い刺されるような痛み) を感じることがありますか？

0 ; そうということはない。

1 ; 痛みを感じることはあるが、気にならない程度。

2 ; 痛みを感じるが、我慢できる。

3 ; 我慢できないくらい強い痛みがある。

Q2-7 ; 排便痛の程度は、下の線のどのあたりでしょうか？ 印をつけて下さい。

全く痛みがない

あなたが想像できる
最も強い痛み

Q3 ; 月経の量や期間・周期についておたずねします。

Q3-1 ; 月経の量を、自分ではどう思われますか？

x ; 治療によって月経は全くきていない。

0 ; 少ない方だと思う。

1 ; ふつうだと思う。

2 ; 多いほうだと思う。

3 ; 明らかに多いと思う。

Q4 ; 治療の効果についておたずねします。(治療前の方は答える必要はありません。)

Q4-1 ; 現在の治療を初めてから / 手術を受けてから 年 ヶ月が経ちました。

この治療について、(副作用、痛み以外の症状の変化などすべて含めて) どう思われますか？

0 ; とても満足している。

1 ; だいたい満足している。

2 ; どちらとも言えない。

3 ; 満足していない。

ここにお答えいただいた情報は、統計学的に解析し、治療効果の資料として使用させていただくことがあります。個人のお名前や病名が外部に漏れるようなことは一切ありません。

この問診票に関するご意見等ありましたらお書き下さい。

ご不明の点は外来担当医師または下記診療スタッフまでご連絡ください。

東大病院女性診療科外来

大須賀 穰 甲賀かをり 吉野 修 広田 泰

平田 哲也 森本 千恵子 原田 美由紀

竹村 由里 北 麻里子 田島 敏樹

長谷川 亜希子 濱崎 かおり