

診察カード番号 (ID) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

最終月経; 年 月 日から 日間

年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月経の出血 (+~+++)																																
月経以外と思われる出血 (+~+++)																																
腰痛 (1~4)																																
下腹痛 (右) (1~4)																																
下腹痛 (左) (1~4)																																
下腹痛 (正中) (1~4)																																
その他の痛み ( )																																
性交時痛 (1~4)																																
排便時痛 (1~4)																																
排尿時痛 (1~4)																																
尿がちかい (+~+++)																																
おなかがはる (+~+++)																																
下痢 (+~+++)																																
頭痛 (+~+++)																																
乳房がはる (+~+++)																																
その他の症状 ( )																																
( )																																
( )																																
( )																																
( )																																
鎮痛剤の使用回数 薬名: ( )																																
薬名: ( )																																
薬名: ( )																																

【本人用】 #痛みは 1から4までの数字で、他の症状は+~+++で記入してください。

#下記の薬を使用している場合は○をつけてください。

1: 軽い痛み。時々気になる程度。

2: 中等度の痛み。日常生活は普通に行える。

3: 強い痛み。日常生活に支障がある。

4: 更に強い痛み。歩くのもつらい。横になってしまう。

スプレキュア ナサニール リュープリン ボンゾール ビル

いつからですか? 年 月

2003.3.1. 2×15×1,000 ©

診察カード番号 (ID) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

最終月経; 年 月 日から 日間

年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月経の出血 (+~+++)																																
月経以外と思われる出血 (+~+++)																																
腰痛 (1~4)																																
下腹痛 (右) (1~4)																																
下腹痛 (左) (1~4)																																
下腹痛 (正中) (1~4)																																
その他の痛み ( )																																
性交時痛 (1~4)																																
排便時痛 (1~4)																																
排尿時痛 (1~4)																																
尿がちかい (+~+++)																																
おなかがはる (+~+++)																																
下痢 (+~+++)																																
頭痛 (+~+++)																																
乳房がはる (+~+++)																																
その他の症状 ( )																																
( )																																
( )																																
( )																																
( )																																
鎮痛剤の使用回数 薬名: ( )																																
薬名: ( )																																
薬名: ( )																																

【医師用】 #痛みは 1から4までの数字で、他の症状は+~+++で記入してください。

#下記の薬を使用している場合は○をつけてください。

1: 軽い痛み。時々気になる程度。

2: 中等度の痛み。日常生活は普通に行える。

3: 強い痛み。日常生活に支障がある。

4: 更に強い痛み。歩くのもつらい。横になってしまう。

スプレキュア ナサニール リュープリン ボンゾール ビル

いつからですか? 年 月

2003.3.1. 2×15×1,000 ©