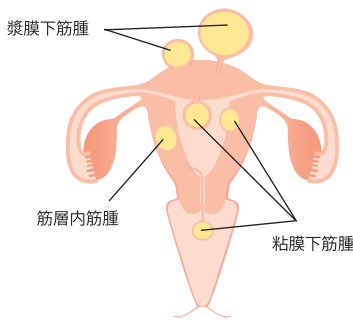


自分でつくるわたくし note

生年月日 / 年齢	年 月 日生 歳	初潮年齢	歳
妊娠・出産歴	あり(回数) ・ なし	流産の有無	あり(回数) ・ なし
親や姉妹に子宮筋腫などの病気をした人		現在、服用している薬	

月経について <input type="checkbox"/> 月経期間 日。 <input type="checkbox"/> 月経周期 日。 <input type="checkbox"/> 月経時、経血量が多い。 <input type="checkbox"/> レバーのような血のかたまりが出る。 <input type="checkbox"/> 短時間ナプキンを交換しないと不安になる。 <input type="checkbox"/> 不正出血があるが、経血量は少ない。 <input type="checkbox"/> 月経時のような量の不正出血がある。	排尿障害について <input type="checkbox"/> 頻尿である（1日に8～9回以上） <input type="checkbox"/> 排尿困難（尿が出にくい）である。 <input type="checkbox"/> 尿失禁がある（体動時や、力を入れると尿が漏れる）。 <input type="checkbox"/> 尿意ががまんできなくなる（切迫性尿失禁）。
おりものについて <input type="checkbox"/> 水っぽいおりものがある。 <input type="checkbox"/> 血が混じったようなおりものがある。 <input type="checkbox"/> 以前よりおりものの量が増えてきた。	下腹部のしこりについて <input type="checkbox"/> しこりがある感じだが、触れることはない。 <input type="checkbox"/> おなかの上からしこりに触れる <input type="checkbox"/> しこりが大きくなってきた
下腹部痛について <input type="checkbox"/> にぶい痛みである。 <input type="checkbox"/> 強い痛みである。 <input type="checkbox"/> 以前より痛みが強くなってきた。	性交痛について <input type="checkbox"/> たまにある <input type="checkbox"/> いつもある <input type="checkbox"/> 以前より痛みが強くなってきた
便秘について <input type="checkbox"/> ときどき便秘になる。 <input type="checkbox"/> 下剤を服用しないと排便がない。 <input type="checkbox"/> 下剤の量が以前より増えている。	妊娠について <input type="checkbox"/> 基礎体温表をつけている <input type="checkbox"/> 自分の排卵期を把握している
その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	その他 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

検査の記録			
筋腫の大きさ	センチ	貧血	あり ・ なし
筋腫のタイプ	<input type="checkbox"/> 筋層内筋腫 <input type="checkbox"/> 粘膜下筋腫 <input type="checkbox"/> 漿膜下筋腫 	メモ	