

ホルモン補充療法（HRT）チェックシートの注意事項について

ホルモン補充療法をご希望された方へのチェックシートを作成致しました。
ガイドラインにのっとり、禁忌事項と慎重投与事項を確認できます。
下記の注意事項は一つの目安です。患者様ごとのリスクとベネフィットの勘案にご活用下さい。

◆年齢と閉経後年数、BMI、喫煙歴を確認してください。

60歳以上、閉経後10年以上、肥満（BMI>25kg/m²）、喫煙は慎重投与または禁忌となり得ます。

【質問Ⅰ】

• 禁忌症例である可能性があります。各疾患について詳細を聴取しご確認ください。

【質問Ⅱ】

- 慎重投与ないしは条件付きで投与可能な症例である可能性があります。各疾患について詳細を聴取しご確認ください。
- 現在治療中、経過観察中である場合、現疾患を悪化させる可能性があります。各疾患の主治医と相談・連携のうえ、HRT 施行の際は慎重なモニターが必要となります。
- リスクとベネフィットを勘案し患者への説明と同意を得た上で慎重に投与すべきです。

【質問Ⅲ】

• これら家族歴がある場合は、現時点での指摘がなくとも、各疾患のリスク症例であることを念頭に、定期的な評価を心がけ慎重に管理してください。

【質問Ⅳ】

- 乳がん検査歴の確認は口頭だけでなく、検査結果報告書の確認まで心がけてください。
- 細胞診等の精密検査を受けている場合は特に、その病理結果もご確認ください。病理学的に増殖性変化を示す病変、特に異型過形成があった場合は乳がんリスクが高くなります。
- 専門医の定期的な診察を受けている場合は、主治医と相談・連携をとるようにしましょう。

【注意】

- 慎重投与中は患者の状態把握、モニターに努め変化をいち早く捉えるように心がけましょう。
- 常にリスクとベネフィットを慎重に評価してください。
- 該当項目が無くともHRT 開始前に血液検査等を行い、患者の健康状態を評価しましょう。

❖ ホルモン補充療法（HRT）チェックシート ❖

記入日： 年 月 日

氏名	年齢 歳
身長 cm ・ 体重 kg	閉経年齢 歳
喫煙歴 <input type="checkbox"/> あり （1日 本） <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり	

I.	以下の疾患で現在医師の診察を受けていますか？または過去に受けていますか？ （該当するものを○で囲んでください）	
	1. 肝炎や肝機能異常	いいえ はい
	2. 乳がん	いいえ はい
	3. 子宮がん	いいえ はい
	4. 心筋こうそくや狭心症	いいえ はい
	5. 脳卒中（脳出血や脳こうそく）	いいえ はい
	6. 血栓症	いいえ はい
II.	以下の疾患で現在医師の診察を受けていますか？または過去にうけていますか？ （該当するものを○で囲んでください）	
	7. 卵巣がん	いいえ はい
	8. 胆のう炎や胆石	いいえ はい
	9. 子宮筋腫、子宮内膜症、子宮腺筋症	いいえ はい
	10. 抗リン脂質症候群や膠原病	いいえ はい
	11. 高脂血症や高中性脂肪血症	いいえ はい
	12. 高血圧	いいえ はい
	13. 糖尿病	いいえ はい
	14. 片頭痛	いいえ はい
	15. てんかん	いいえ はい
	16. 急性ポルフィリン血症	いいえ はい
III.	家族（両親や兄弟姉妹）の中に以下のご病気をわずらった方はいますか？ 『はい』の場合、誰が何歳の時ですか？	
	17. 乳がん いいえ はい （誰： 、何歳で： 歳）	
	18. 心筋梗塞 いいえ はい （誰： 、何歳で： 歳）	
	19. 脳梗塞 いいえ はい （誰： 、何歳で： 歳）	
	20. 糖尿病 いいえ はい （誰： 、何歳で： 歳）	
	21. 高血圧 いいえ はい （誰： 、何歳で： 歳）	
IV.	乳がん検査をいつ検査をしましたか？	
	22. した（ 年 月）↓ していない	
	どこですか？ 検診/ドック・乳腺外来・その他（ ）	
	どんな検査ですか？ マンモグラフィー・超音波・その他（ ）	
	精密検査を行いましたか？ はい いいえ	