

LTFU 問診票（全国版）

② 移植後晩期のスクリーニング

お名前： _____ 様 性別： 男性・女性

現在のご年齢： _____ 歳 受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本日のLTFU 外来で相談したいこと

（ _____ ）

7. 性生活、妊よう性【男性】

※ 妊よう性：男女に関わらず、子供を授かること

【移植後の確認事項として重要な事柄をおききしています。

答えたくない場合や当てはまらない場合は空欄でも構いません。

下記の口にチェックを入れて先に進んでください。

また、この調査票記載が2回目以降の方は、前回と変化がなければ回答は不要です。】

前回と変わらない 当てはまらない わからない 答えたくない

1.) 性生活や妊よう性についての悩みがありますか？

なし

あり → ()

2.) 現在、性活動がありますか？ ※

なし

あり

3.) 移植後にパートナーが妊娠をしましたか？ ★

なし

あり → 自然妊娠 凍結細胞を用いた妊娠

4.) 性生活に影響する症状（性欲・勃起・射精障害等）がありますか？ ★

なし

あり

5.) そのほかに性生活や妊よう性などについて相談をしたい症状があればお知らせください

()

8. 性生活、妊よう性【女性】

1.) 妊よう性：男女に関わらず、子供を授かること

【移植後の確認事項として重要な事柄をおききしています。

答えたくない場合や当てはまらない場合は空欄でも構いません。

下記の口にチェックを入れて先に進んでください。

また、この調査票記載が2回目以降の方は、前回と変化がなければ回答は不要です。】

前回と変わらない 当てはまらない わからない 答えたくない

1.) 移植前の月経について該当するものにチェックを入れてください ★

移植前まで月経があった

移植前から月経が止まっていた（止まった時期_____年___月）

移植前から月経はあったり止まったりしていた

2.) 移植後の月経がありましたか？ ★

なし

あり → 移植後、月経は自然に再開した（_____年__月）

移植後、月経はホルモン療法開始後に再開した（_____年__月）

3.) 移植後にホルモン補充療法の経験がありますか？ ★

なし

あり → 現在も継続中（開始_____年__月～）

現在は治療終了（開始_____年__月～終了_____年__月）

4.) 婦人科の診察（内診）を前回受診時（問診票記載時）以降に受けられましたか？ ※

受けていない

受けた → 内診で不快・苦痛な症状がありましたか？

軽度の不快程度で痛みはない

不快感があり、かつ軽度の痛みがある

痛みを伴い、内診ができない・難しい

5.) 性生活や妊よう性についての悩みがありますか？

なし

あり → (_____)

6.) 現在、性活動がありますか？ ※

なし

あり

7.) 移植後にご自身が妊娠をされましたか？ ★

なし

あり → 自然妊娠 凍結細胞を用いた妊娠

8.) 性生活に影響する症状（性欲・興奮・オルガズムの障害や出血等）がありますか？ ★

なし

あり

9.) そのほかに性生活や妊よう性などについて相談をしたい症状があればお知らせください

(_____)

◆ その他の健診・検診や合併症について

1. 前回受診時（問診票記載時）以降に、何らかの健診・検診を受けましたか？

受けていない

受けた → 歯科検診 眼科検診

地域の健診（無料） 人間ドック（有料）

がん検診 → 2. にもお答えください

2. 前回受診時（問診票記載時）以降に受けたがん検診の種類を教えてください

胃がん・食道がん検診（ 胃カメラ バリウム）

大腸がん検診（ 便潜血 大腸カメラ）

乳がん検診（女性のみ） 子宮頸がん検診（女性のみ）

前立腺がん検診（男性のみ） 歯科・口腔外科

腫瘍マーカー検査（採血） そのほか（ _____ ）

3. 前回受診時（問診票記載時）以降に、他の病院や他の科を受診しましたか？

受診していない

受診した（医療機関名 _____ 受診科名 _____）

（医療機関名 _____ 受診科名 _____）

4. 前回受診時（問診票記載時）以降に、他の病院や他の科で診断を受けた疾患はありますか？

なし

あり → 高血圧 脂質異常症（高コレステロールなど） 糖尿病

心筋梗塞・狭心症★ 脳血管疾患★

大腿骨頭壊死★ 甲状腺機能障害（機能亢進・低下）★

白内障★ 肺炎などの感染症★

腫瘍（しゅよう） 骨折

そのほか（ _____ ）