

高知いちょう医院

※ホルモン療法において、医師が診断を行う上で自覚症状は非常に重要です。

患者様のプライバシーは厳守致しますので、以下をご記入下さい。

記入日 _____ / _____ / _____

医師名 _____

カルテNo. _____

病院住所: _____

〈既往履歴〉

お名前: _____ 生年月日: _____ / _____ / _____ (年齢 _____ 歳)

住所: _____

性別: _____ 男性 _____ 結婚歴: 未婚 ・ 既婚 _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

体脂肪率: _____ % 血圧 _____ / _____ mmHg 脈拍 _____ p/min 体温: _____ . °C

検査: 健康診断・人間ドッグ: _____

婦人科の内診又は前立腺検診: _____

現病歴・現症(当院を受診した理由): ※治療目的・問題点を詳しく記入

病歴(過去): 癌 ・ 糖尿病 ・ 心臓疾患 その他(_____)

手術歴(内容と日付): _____

内服中の薬と量: _____

サプリメントとビタミン: _____

アレルギー: _____

よく眠れますか? はい・いいえ (_____ 時間) → いいえの場合(_____)

→ 睡眠薬を服用していますか? はい・いいえ

記憶力低下はございますか? はい・いいえ → はいの場合(_____)

活力低下はございますか? はい・いいえ → はいの場合(_____)

冷え性はございますか? はい・いいえ → はいの場合(_____)

たばこを吸いますか? はい・いいえ・禁煙

→ 「はい」の場合 1日どのくらい吸いますか? _____ 本 何年? _____ 年間

→ 「禁煙した」場合 いつ禁煙しましたか? _____

どんなスポーツ・エクササイズをしますか?

頻度

→ _____

お酒を飲みますか？ はい・いいえ

→「はい」の場合 お酒はどんな種類のものを飲みますか？ _____

1日どのくらいのみますか？ _____ / 1日

全身の自覚症状

全身状態： _____ 心臓： _____

肌 / 頭 / 顔 / 首 : _____ 腹部： _____

目 / 耳 / 鼻 / 喉 : _____ 背中 / 背骨： _____

口 / 舌： _____ 四肢： _____

腹部 / 肺： _____

家族歴(病歴)： 癌・糖尿病・心臓疾患 その他(_____

本日受診した理由(治療目的)： _____ ※複数選択可

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 腹部の脂肪増加 | <input type="checkbox"/> 骨密度低下 | <input type="checkbox"/> 髪・爪・肌が薄くなってきた |
| <input type="checkbox"/> 脱力感・冷え | <input type="checkbox"/> 筋肉や骨の痛み | <input type="checkbox"/> 脱毛 |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい | <input type="checkbox"/> 最近とても忘れっぽい | <input type="checkbox"/> その他 ※症状を詳しく記入 |
| <input type="checkbox"/> 元気がない | <input type="checkbox"/> よく眠れない | |
| <input type="checkbox"/> 倦怠感 | <input type="checkbox"/> 高コレステロール | |
| <input type="checkbox"/> 落ち込みやすい | <input type="checkbox"/> イライラしやすい | |
| <input type="checkbox"/> 何に対しても幸せを感じない | <input type="checkbox"/> 集中力がない | |
| <input type="checkbox"/> 気分のムラ | <input type="checkbox"/> 意欲がない | |
| <input type="checkbox"/> 性欲減退 | <input type="checkbox"/> 以前ほど頭がすっきりしない | |
| <input type="checkbox"/> 最近の体重増加 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | |

ホルモン補充療法に期待・希望していることはなんですか※できるだけ詳しく
