

病院名(記入見本)

※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: _____ **必ずご記入下さい。**

性別: _____ 男性・女性 _____ 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: **異常あり・なしの記載。異常がある場合は症状もご記入下さい**

婦人科の内診又は前立腺検診: **異常あり・なしの記載。異常がある場合は症状もご記入下さい**

マンモグラム: **異常あり・なしの記載。異常がある場合は症状もご記入下さい**

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**
病名だけではなく、どういった治療を行っているか、いつからこの病気を患っているか、

病歴(過去): 癌 ・ 糖尿病 ・ 心臓疾患 その他(_____)
病名だけではなく、どういった治療を行っていたか、病気を患っていた期間、
どのような薬を服用していたか、薬を服用していた期間、現在の状況を詳しくご記入下さい。

手術歴(内容と日付): _____

内服中の薬と量: **薬の名前・種類・容量・服用している期間、何のために服用しているか詳しくご記入下さい。**

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 (_____) **症状をご記入下さい**

→ 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 (_____) **症状をご記入下さい**

活力低下はございますか? はい・いいえ → はいの場合 (_____) **症状をご記入下さい**

冷え性はございますか? はい・いいえ → はいの場合 (_____) **症状をご記入下さい**

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

月経について(必ず詳しくご記入下さい)

初潮は何歳でしたか？ _____

閉経していますか？ はい・いいえ

最終月経(一番最近の月経)はいつごろでしたか？ _____ **閉経している場合必ずご記入下さい**

月経周期は？ 順調・不順 周期は？ _____ ~ _____ 日間

通常月経は何日くらい続きますか？ _____ 日間 月経の量は？ 多い ・ 普通 ・ 少ない

月経時に体調の変化はありますか？ _____ **はいの場合、どういう症状が詳しくご記入下さい**

月経前の不調がありますか？ _____ **はいの場合、どういう症状が詳しくご記入下さい**

妊娠した事がありますか？ はい・いいえ

分娩経験： _____ 回

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**

どのような症状があって、受診したのかをご記入下さい

※ダイエット・美容・アンチエイジング目的は治療対象外となりますのでご注意ください。

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 膣の乾燥 | <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"/> むくみ | <input type="checkbox"/> 気分のムラ | <input type="checkbox"/> 意欲がない |
| <input type="checkbox"/> PMS | <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"/> ホットフラッシュ | <input type="checkbox"/> 最近の体重増加 | <input type="checkbox"/> 頭痛 |
| <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 | |

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

ホルモン補充療法に期待・希望していることを詳しくご記入下さい。