

クリニック名

※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

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