

ホルモン補充療法 再コンサルティング 問診票

クリニック名 _____

患者名 _____ 年齢 (_____ 歳) 体重 _____ kg

ホルモン補充療法開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

採血当日ホルモン薬を摂取した時間 _____ AM・PM _____ 時 _____ 分

採血時間 _____ AM・PM _____ 時 _____ 分

採血当日は絶食していますか? はい ・ いいえ (食事時間 _____ 時 _____ 分)

■処方内容

DHEA SR	mg
Melatonin SR	mg
Testosterone Cream	mg
Testosterone Capsule	mg
Progesterone Sublingual	mg
Progesterone Capsule	mg
Estradiol	mg
Thyroid	grain
その他 (_____)	

備考

■現在服用しているホルモン薬の種類 (ホルモン薬の他にも服用している薬があればご記入ください)

	採血前日摂取	採血当日摂取
DHEA SR	mg	mg
Melatonin SR	mg	mg
Testosterone Cream	mg	mg
Testosterone Capsule	mg	mg
Progesterone Sublingual	mg	mg
Progesterone Capsule	mg	mg
Estradiol	mg	mg
Thyroid	grain	grain
その他		

■処方されている薬を全て服用していない場合、服用していない理由をお書きください。

■現病歴・現症 ※できるだけ詳しく

■ホルモン補充療法を開始してからの様子を選択してください。

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

■ご質問がございましたらご記入ください。
