BHRT 再診問診票（患者様用）
氏名【　　】
クリニック名【　　】
記入日：20　　年　　月　　日
本日の採血時刻：　　時　　分
身長：　　cm　　体重：　　kg

■ お薬の服用・使用状況と採血について
・正確な解析と安全のために、現在のお薬の状況を正直にお教えください。

項目名	処方量	実際の使用量	採血当日（今朝）の摂取
DHEA	mg	mg	□ 飲んだ（　　時　　分） □ 未摂取
テストステロン(塗布)	mg	mg	□ 塗った（　　時　　分） □ 未塗布
エストラジオール	mg	mg	□ 飲んだ（　　時　　分） □ 未摂取
プロゲステロン(カプセル)	mg	mg	**【前夜】 □ 飲んだ □ 未摂取**
プロゲステロン(舌下錠)	mg	mg	□ 飲んだ（　　時　　分） □ 未摂取
甲状腺ホルモン	grain	grain	□ 飲んだ（　　時　　分） □ 未摂取
その他（ ）	mg	mg	□ 飲んだ（　　時　　分） □ 未摂取

・他院のお薬とサプリメントが前回から変化があった場合はその内容をお書きください：

■ 体調の変化について
1. 良くなったこと・維持できていること（睡眠、気力、体調など）

2. まだ気になること・新しく出た症状（イライラ、不正出血、動悸、むくみなど）

■ 主治医の先生への質問
（お薬の量の増減に関するご希望、不安、日常生活での疑問など自由にお書きください）