

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: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

婦人科の内診又は前立腺検診: \_\_\_\_\_

マンモグラム: \_\_\_\_\_

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

月経について

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？ \_\_\_\_\_

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？ \_\_\_\_\_

月経前の不調がありますか？ \_\_\_\_\_

妊娠した事がありますか？ はい・いいえ \_\_\_\_\_

分娩経験： \_\_\_\_\_ 回

子供を望んでいますか？ はい・いいえ \_\_\_\_\_

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"/> 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 \_\_\_\_\_ ※できるだけ詳しく