

※HRT 女性用問診表※

ふりがな	生年月日	年	月	日 (歳)
ご氏名	血液型: _____ 型 身長: _____ cm 体重: _____ kg			
	様		e-mail _____ @ _____	
ご住所 〒				
TEL	ご自宅()	-	-	ご職業
	携帯()	-	-	

(1) 本日のご希望のカウンセリング内容をご記入下さい。

[]

(2) あてはまる現在の症状に○をつけて下さい。

顔や上半身がほてる(熱くなる) 汗をかきやすい 夜なかなか寝付かれない 夜眠っても目をさましやすい
 興奮しやすく、イライラすることが多い いつも不安感がある ささいなことが気になる
 くよくよし、ゆううつな事が多い 無気力で、疲れやすい 眼が疲れる ものごとが覚えにくかったり、物忘れが多い
 めまいがある 胸がどきどきする 胸がしめつけられる 頭が重かったり、頭痛がよくする 肩や首がこる
 背中や腰が痛む 手足の節々(関節)の痛みがある 腰や手足が冷える 手足(指)がしびれる
 最近音に敏感である 易疲労感 活力がない 気分が晴れない 肌のしわ たるみ 筋肉の衰え
 太りやすい 性欲減退 性交痛がある 膣の乾燥がある 物忘れがひどい 風邪をひきやすい又は治りにくい
 尿もれがある 便秘しやすい 爪が弱い 薄毛 髪が伸びない 髪質が悪くなった

(3) いつから出現しましたか？

[]

(4) それに対して治療を受けましたか？..... はい いいえ

[内容]

(5) よく眠れますか？..... はい いいえ 睡眠時間: _____ 時間

(6) 喫煙習慣はありますか？..... はい いいえ 1日: _____ 本位

※裏面もご記入下さい※

(7)どのような運動をしていますか? : _____ 運動の頻度: _____

(8)アルコール(種類・量/週): _____

(9)家族歴: _____

(10)ホルモン療法に興味を持った理由: _____

(11)持病を含む既往症(現症): _____

(12)過去に患った重い病気: _____

(13)過去に手術を受けたことがありますか?(美容外科手術も含む)..... はい いいえ

内容

(14)過去に麻酔をしたことがありますか?(歯医者者の麻酔も含む)..... はい いいえ

(15)麻酔をしたとき何か変わったことはありましたか?..... はい いいえ

血圧低下 ・ 悪心 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 ・ その他()

(16)次の体質の方は○を付けて下さい。

アレルギー体質

ペニシリンアレルギー ・ ピリンアレルギー ・ アスピリン ・ 花粉症 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎
アレルギー性結膜炎 ・ その他()

(17)ケロイド体質ですか?..... はい いいえ

(18)現在使用中の内服薬・外用薬・サプリメント・ビタミン剤はありますか?..... はい いいえ

薬名

(19)最近6ヶ月以内に健康診断を受けましたか?..... はい いいえ

(20)その結果、再検査や治療をすすめられましたか?..... はい いいえ

(21)過去5年以内に大きな病気をしたことのある方、継続治療(医師の診察・検査・投薬など)をしている方は下記にご記入下さい。

- ☆ 心臓・血管系(高血圧・不整脈・狭心症など)..... はい いいえ
- ☆ 脳・神経系(脳卒中・片頭痛・てんかんなど)..... はい いいえ
- ☆ 肺・気管系(喘息・扁桃腺肥大など)..... はい いいえ
- ☆ 胃腸系(潰瘍・癌など)..... はい いいえ
- ☆ 肝臓・胆嚢系(胆石・胆のう炎・肝障害など)..... はい いいえ
- ☆ 腎・泌尿器系(尿管結石・前立腺肥大・蛋白尿など)..... はい いいえ
- ☆ 卵巣・子宮系(卵巣のう腫・子宮筋腫など)..... はい いいえ
- ☆ 乳房系(乳腺炎など)..... はい いいえ
- ☆ 視聴覚系(目・耳・鼻など)..... はい いいえ

- ☆ 骨 系 (骨粗鬆症など)…………… はい いいえ
- ☆ 内分泌・代謝系 (糖尿病・高脂血症・甲状腺疾患など)…………… はい いいえ
- ☆ 膠原病・自己免疫疾患 (リウマチなど)…………… はい いいえ
- ☆ 心療内科・精神疾患 (うつ病・慢性疲労症候群など)…………… はい いいえ
- ☆ その他 (癌 など)病名() 治療期間() はい いいえ

- (22)過去に輸血を受けたことはありますか?…………… はい いいえ
- (23)最後の生理はいつですか?……………(月 日～ 月 日間)
- (24)生理周期は何日ですか?……………(日間)
- (25)生理以外に出血がみられることはありますか?…………… はい いいえ
- (26)次回の生理はいつ頃ですか?……………(月 日頃)
- (27)現在、妊娠していますか?またその可能性がありますか?…………… はい いいえ
(妊娠第 週)
- (28)妊娠・出産・授乳の経験はありますか?…………… はい いいえ
〔 歳 正常分娩・帝王切開 授乳 有・無 〕
- (29)閉経されている方はいつ頃ですか?……………(歳頃)
- (30)感染症のある方は記入して下さい。…………… はい いいえ
- (31)当院を何でお知りになりましたか?あてはまるものすべてに○をつけて下さい。(○はいくつでも結構です)
1. 新聞折込(朝日・読売・日経) 2. ご紹介(ご紹介者 様)
3. ホームページ (検索ワード:) ※検索ワード例【ホルモン治療 恵比寿】
4. その他()
- (32)本日のご相談以外で、カウンセリング又は治療をご希望の方は○をつけて下さい。(○はいくつでも結構です)
1. しみ・ソバカス 2. シワ 3. たるみ(顔・体) 4. ニキビ・ニキビ跡 5. 毛穴の開き 6. 赤ら顔
7. ホクロ 8. イボ 9. アザ(赤・青) 10. 刺青・アートメイク除去 11. プチ整形(鼻・アゴ)
12. 多汗(ワキ・手の平) 13. 美白注射 14. 医療レーザー脱毛 15. その他()
- (33)今後、私共からのダイレクトメール、メールマガジン(※新メニューのご案内、ご招待券 etc…)をご希望されますか?
- 〔 全て希望する ダイレクトメールのみ希望する メールマガジンのみ希望する どちらも希望しない 〕

※ご記入ありがとうございました※

麻布皮フ科クリニック