

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 _____ 名前 (_____) 年齢 _____ 歳

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

■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)

■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良くなったところ

■ホルモン補充療法で困っていること・気になること

■ホルモン補充療法に対する今後の希望 ※例) 薬を増量もしくは減量したい。

■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。
