

## ホルモン剤服用の問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (BMI \_\_\_\_\_ )  
 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

※血圧と体重は院内で測定し記入してください。

1	妊娠または授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2	喫煙しますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はい、とお答えの方へ 喫煙年数( )年 喫煙本数 1日( )本		
3	高血圧と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4	血栓症静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管系疾患の既往がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5	過去 2 週間以内に大きな手術を受けましたか？ 今後 4 週間以内に手術の予定がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6	高脂血症と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7	激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8	不正性器出血（月経とは異なる時期の出血）がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9	乳がんや子宮がんと診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
10	糖尿病と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11	胆嚢疾患や肝障害と診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12	現在、服用中の薬剤やサプリメントはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
	はい、とお答えの方は薬剤名をご記入ください ( )		