

ID _____

ピル処方時チェックシート（初回）

記入日 年 月 日

お名前		才	最終月経開始日	
			年	月 日
身長	体重	BMI (スタッフ記入)	BP (スタッフ記入)	
cm	Kg		/ mmHg	

以下の質問をお読みいただき、「はい」「いいえ」欄の該当する項目を丸で囲んでください。

1	これまでに下記の病気にかかったことがありますか？ （「はい」とお答えの方は該当する項目に○をつけてください。） ・血栓症(血栓性静脈炎、肺塞栓症など)・脳血管障害・冠動脈疾患・心臓弁膜症	はい	いいえ
2	家族（両親・兄弟姉妹）に血栓症にかかった方はいらっしゃいますか？	はい	いいえ
3	激しい頭痛や片頭痛がありますか？ 頭痛の前触れとして、目がチカチカしたり、かすんだりしたことがありますか？	はい	いいえ
4	喫煙をしますか？ 「はい」の方は喫煙年数と喫煙本数をお書きください。 喫煙年数 現在の喫煙本数	はい	いいえ ()年 1日 ()本
5	高血圧といわれていますか？	はい	いいえ
6	糖尿病といわれていますか？	はい	いいえ
7	抗リン脂質抗体症候群といわれたことがありますか？	はい	いいえ
8	脂質代謝異常（脂質異常症または高脂血症）といわれていますか？	はい	いいえ
9	過去2週間以内に大きな手術（30分を越える手術や入院が必要な手術）を受けましたか？または、今後4週間以内に手術の予定がありますか？	はい	いいえ
10	産後4週間以内ですか？	はい	いいえ
11	これまでに経口避妊薬またはホルモン薬（月経困難症の薬、子宮内膜症の薬）などを服用して、過敏症（呼吸困難、蕁麻疹、湿疹・発疹など）を経験したことがありますか？	はい	いいえ
12	これまでに、下記の病気があると言われたことがありますか？ （「はい」とお答えの方は該当する項目に○をつけてください。） ・乳がん ・子宮体がん（子宮内膜がん） ・子宮頸がん	はい	いいえ
13	不正性器出血(月経とは異なる時期の出血)がありますか？	はい	いいえ
14	肝障害や肝腫瘍、腎障害と言われたことがありますか？	はい	いいえ
15	耳硬化症(中耳にある小さな骨が振動できなくなる病気)といわれていますか？	はい	いいえ
16	妊娠中に黄疸や持続的なかゆみ、NIA [®] を発症したことがありますか？	はい	いいえ
17	現在妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ
18	現在授乳中ですか？	はい	いいえ
19	現在妊娠を希望していますか？	はい	いいえ
20	現在服用しているお薬はありますか？ ある方は薬剤名を記入ください ()	はい	いいえ
21	ピルに求める効果を○で囲み、複数ある場合は()に優先番号を記入してください。 ()避妊 ()肌荒れ ()生理不順 ()生理痛 ()PMS ()その他()		