

ID _____

ピル処方時チェックシート（初回）

記入日 2025年 月 日

お名前		才	最終月経開始日		年 月 日
身長	体重（スタッフ記入）	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.	今までにピルを飲んでいたことはありますか？（薬品名）	はい	いいえ
2.	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
3.	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
4.	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
5.	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
6.	高血圧といわれていますか？	はい	いいえ
7.	糖尿病といわれていますか？	はい	いいえ
8.	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
9.	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
10.	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
11.	産後4週間以内ですか？	はい	いいえ
12.	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
13.	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
14.	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
15.	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
16.	耳硬化症（中耳にある小さな骨が振動できなくなる病気）と言われているか？	はい	いいえ
17.	妊娠中に黄疸や持続的なかゆみ、N/A ^o を発症したことがありますか？	はい	いいえ
18.	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
19.	現在授乳中ですか？	はい	いいえ
20.	現在妊娠を希望していますか？	はい	いいえ
21.	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
22.	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（）		