

低用量ピル 再診処方時間診チェックシート

太線のなかを記入してください

ID		区分	□学生 □一般	
(ふりがな) お名前		最終月経 量	月 日～ 日間	□多い □普通 □少ない
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢	歳	
住所	〒 -	電話番号	- -	
身長	cm	体重	kg	血圧 / mmHg

本日のご希望をお聞かせください(該当する項目に✓をお付けください)。

<input type="checkbox"/> 低用量ピル(OC) 種類 (□マーベロン 28 □ファボワール 28 □アンジュ 28 □ラベルフィーユ 28) 希望するシート数 (6シートまで) 医師に直接尋ねたいことがありますか？	<input type="checkbox"/> 継続 □変更 () シート <input type="checkbox"/> いいえ □はい
---	--

ピルを飲んでから下記のような症状はありませんか(いずれかに✓をお付けください)。

ふくらはぎの痛み・むくみ、握ると痛い、赤くなっている	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
激しい胸痛、息苦しい、押しつぶされるような痛み	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
見えにくい所がある、視野が狭い、舌のもつれ、失神、けいれん、意識障害	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
激しい頭痛	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
激しい腹痛	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
黄疸の出現、かゆみ、疲労、食欲不振	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
長期間の悪心、嘔吐	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
原因不明の不正性器出血	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
体を動かさない状態、顕著な血圧上昇	<input type="checkbox"/> いいえ □はい
その他の症状 ()	

他に何か疑問や心配がございましたらご記入下さい。

