

低用量ピル 初回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	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 一般
(ふりがな) お名前		最終月経 量	月 日～ 日間 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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

以下の質問にお答えください(該当する項目に✓をお付けください)。

- 低用量ピルの服用目的は？[複数回答可]
 - 避妊 月経痛の改善 月経不順の改善 子宮内膜症の改善 にきびの治療
 - 過多月経・貧血の治療 PMS（月経前緊張症） その他（ ）
- 低用量ピルを服用しようとしたきっかけは何ですか？
 - 自分の意思で 医師からの薦めで 周りの人の薦めで その他（ ）
- 現在ピルを服用することに不安はありますか？⇒ ない ある(不安内容を以下に✓してください)
 - 毎日忘れずに飲めるか お金が高くないか 太らないか ホルモン剤だから
 - 乳がん・子宮がんにならないか 将来、妊娠できなくなるのではないか
 - その他（ ）

1.妊娠中または妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2.最後に月経があったのはいつですか？	月 日から 日間
3.現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4.喫煙しますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
はい(喫煙する)とお答えの方にお尋ねします	喫煙年数 ()年 喫煙本数 1日()本
5.高血圧と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
6.血栓性動脈炎、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またはその既往がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
7.過去2週間以内に大き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はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8.脂質代謝異常(高脂血症等)と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9.激しい頭痛 偏頭痛があったり、目がかすむことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10.性器の不正出血がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
11.乳がん・子宮がんと診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
12.糖尿病と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
13.胆嚢疾患 肝障害と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
14.現在服用中の薬剤 サプリメントがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
はいとお答えの方は()に記入してください。()	

