

## 低用量ピル初回チェックシート

氏名		生年月日	年 月 日
----	--	------	-------

今までピルを服用したことがありますか 「はい」の場合、薬剤名は何ですか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
不正出血がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
妊娠中または妊娠の可能性はありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
現在、授乳中ですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
喫煙しますか 「はい」の場合、1日何本吸いますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1日 本
激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか 「はい」の場合 前兆（目がチカチカする、におい）はありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
ふくらはぎの痛み・むくみ・突然の息切れ・胸痛・失神・目のかすみ・舌のもつれなどありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
現在、医師の治療を受けていますか 「はい」の場合、病名は何ですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
お薬やサプリメントを服用していますか 「はい」の場合、何という薬ですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
以下の病気と言われたことはありますか（絶対禁忌） <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 肺塞栓症 <input type="checkbox"/> 血栓性静脈炎 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 耳硬化症 <input type="checkbox"/> 妊娠中の黄疸/持続性掻痒症/ヘルペスの既往 <input type="checkbox"/> SLE	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
以下の病気と言われたことはありますか（個別判断） <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 胆嚢疾患 <input type="checkbox"/> 癌 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> ポルフィリン症 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> クローン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 肝・腎障害	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
子宮筋腫・子宮内膜症・子宮腺筋症といわれたことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
流産・死産を繰り返したことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
妊娠高血圧症候群・妊娠中毒症といわれたことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
今までお薬でアレルギー症状がでたことがありますか 「はい」の場合、何という薬ですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
過去2週間以内に手術を受けましたか。4週間以内に手術予定がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
その他、心配なことや知っておきたいことはありますか 「はい」の場合、具体的に何ですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>