

スリダ錠初回チェックリスト

氏名		年齢	
----	--	----	--

スリダ錠服用でアレルギーが出たことはありますか	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"/>
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"/> 重篤な腎障害又は急性腎障害 <input type="checkbox"/> 活動性の静脈血栓塞栓症 <input type="checkbox"/> 重篤な肝障害 <input type="checkbox"/> 乳癌又は生殖器癌及びその疑い	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"/> 乳がんの既往 <input type="checkbox"/> 肝・腎障害（重症でない） <input type="checkbox"/> うつ病又はうつ状態およびその既往	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"/>
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"/>