

ピル初回処方時間診チェックシート

記入日：西暦20 年 月 日

氏名 年齢 歳 身長 cm 体重 kg

血圧 / mmHg (測定してお待ち下さい)

●不正性器出血がありますか？ はい いいえ

え
●妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ

●現在授乳中ですか？ はい いいえ

え
●喫煙しますか？ はい いいえ

え
はい (喫煙する) とお答えの方にお尋ねします。 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 いいえ

え
はいとお答えの方に 前兆を伴わない 前兆 (目がチカチカする等) を伴う

●ふくらはぎの痛み、腫れ、発赤がありますか？ はい いいえ

え
●現在、医師の治療を受けていますか？ はい いいえ

「はい」の場合 病名は何ですか？ ()

●今までに入院や手術などを要する大きな病気にかかったことがありますか？ はい いいえ

「はい」の場合 それは何の病気ですか？ ()

●以下の病気と言われたことがありますか？ いいえ

深部静脈血栓、肺塞栓症、抗リン脂質抗体症候群、

脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症、

高血圧、糖尿病、脂質代謝異常 (高脂血症)、胆嚢疾患、

子宮頸癌、子宮体癌、乳癌、

耳硬化症、ポルフィリン症、てんかん、テタニー、

クローン病、潰瘍性大腸炎、

●流産・死産を繰り返したことがありますか？ はい いいえ

え
●妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症といわれたことがありますか？ はい いいえ

え
●現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか？ はい いいえ

え
「はい」の場合 それは何というお薬ですか？ ()

●今までにOCまたはピルを服用した経験はありますか？ はい いいえ

え
「はい」の場合 それは何というお薬ですか？ ()

●今まで薬を使用してアレルギー症状 (じんましん等) が現れたことがありますか？ はい いいえ

え
「はい」の場合 それは何というお薬ですか？ ()

●過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？今後4週間以内に手術の予定がありますか？ はい いいえ

●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 いいえ

●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 いいえ