

## 低用量ピル開始前のチェックシート

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名		年齢	歳
ピル服用経験	<input type="checkbox"/> 有（ピル名： _____ ）		<input type="checkbox"/> 無
身長	cm	体重	kg
			BMI
最終月経	年	月	日 から 日間
血圧	上	下	

1.不性器出血がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2.妊娠中または妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3.現在授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4.喫煙していますか？（ _____ 本/日）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5.激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
はいとお答えの方にお尋ねします。		
その頭痛の前触れとして目がチカチカしたりすることはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6.ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7.現在、医師の治療を受けていますか？（病名： _____）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
8.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？（病名、手術名： _____）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
9.以下の病気といわれたことがありますか？		
<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 肺塞栓症 <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"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常（抗脂血症） <input type="checkbox"/> 胆嚢疾患 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 耳硬化症 <input type="checkbox"/> ポルフィン症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> クローン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎		
10.流産・死産を繰り返したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
11.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？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
12.現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか？（薬品名： _____）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
13.今までお薬を使用してアレルギー症状（蕁麻疹等）が現れた事がありますか？（薬品名： _____）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
14.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？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
15.ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
16.ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ