

ホルモン治療副作用チェックシート

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名				最終生理日 ※生理開始日をご記入ください	年	月	日		
体重 ※	kg	血圧	上	下	希望シート数※	1	2	3	シート

※むくみの確認をするため、当院にて体重をお計りください。
体重は小数点まで記入してください

※ピル希望の方は、希望シート数に○をつけてください
(飲み始め3カ月間は1シートずつの処方になります)

健康診断を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(年 月)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
子宮頸がん検診を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(年 月)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
乳がん検診を受けていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(年 月)	<input type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし
喫煙していますか。			<input type="checkbox"/> はい(本/日)	<input type="checkbox"/> いいえ
手術のご予定はありますか。(術前4週間以上前から休薬が必要になる場合があります)			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
不正出血(一過性の少量出血等)がありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
前回の処方から本日までに以下の症状がありますか。 (症状がある場合は当てはまる番号に○をつけてください。)			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. 息を吸う時に胸の痛みを感じる。 | 6. 息切れする。 |
| 2. 手や足の脱力・しびれ・無感覚または針で刺すような痛み。 | 7. 激しい腹痛。 |
| 3. 指先や唇などの皮膚が青っぽい色に変化する。 | 8. 唾液や痰に血液が混じる。 |
| 4. 突然の舌のもつれや視力障害(特に片目のかすみ)を感じる。 | 9. 今までに経験したことのない激しい頭痛や偏頭痛。 |
| 5. 足のむくみまたは痛みを伴う足の腫れ。 | 10. 急に意識が無くなり、倒れた。 |

医師への質問がある場合 記入して下さい。	
-------------------------	--