

ピル初回処方時間診チェックシート

記入日 年 月 日

ID: 氏名: 生年月日: 年 月 日 (歳)

身長: cm 体重: kg 血圧: / mmHg

1	最後に月経があったのはいつですか？	年 月 日から 日間
2	不正性器出血（月経以外の出血）がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	妊娠中または妊娠している可能性がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	現在授乳中である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	喫煙する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	『はい』の場合	1日 本
6	ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、片頭痛、 激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれ等がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	『片頭痛がある』場合 <input type="checkbox"/> 前兆を伴わない <input type="checkbox"/> 前兆（目がチカチカする等）を伴う	
7	現在、医師の治療を受けている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	『はい』の場合 病名は何ですか？ ()	
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る	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	『はい』の場合 病名は何ですか？ ()	
9	下記の病気を指摘されたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	『はい』の場合、該当するものにチェックを入れてください	
	<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"/> 脳血管障害	
	<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> 糖尿病	
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 肝腫瘍 <input type="checkbox"/> てんかん	
	<input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> クローン病	
	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> ポルフィリン症	
10	現在、薬やサプリメントを服用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	『はい』の場合 それは何という薬ですか？ ()	
11	今までにピルを服用したことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在ピルを服用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	上記の1つでも『はい』の場合 それは何という薬ですか？ ()	
12	今までに薬でアレルギー症状（蕁麻疹等）が現れたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	『はい』の場合 それは何という薬ですか？ ()	
13	過去2週間以内に手術を受けた、今後4週間以内に手術予定がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	ご家族に血栓症にかかったことのある方がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	ご家族に乳癌にかかったことのある方がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16-18. 妊娠経験のある方にお聞きします		
16	流産・死産を繰り返したことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	妊娠中に妊娠高血圧症候群（妊娠中毒症）と言われた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	妊娠中に黄疸・持続的なかゆみ、ヘルペスと診断されたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ