

ピル再診時の問診チェックシート

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	喫煙する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	『はい』の場合	1日 本
4	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	
5	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？ (_____)	
6	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？ (_____)	
7	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
	本日、検査を希望する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
希望検査に <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査【子宮・卵巣】 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳房検診【下記参照】		

* 乳房検診は当院では視触診・超音波検査での実施となります。【予約制で後日実施となります】

検査実施の場合、検査結果は郵送させていただきますので会計の際に封筒に宛名書きをお願い致します。

★郵送手数料：300円（諸費用込）