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	□はい　□いいえ
3	喫煙する	□はい　□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 （現在自覚する症状があれば、　○　をつけてください）	□はい　□いいえ
	『片頭痛がある』場合　　□前兆を伴わない　　□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	□はい　□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	□はい　□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	□はい　□いいえ
本日、検査を希望する		□はい　□いいえ
希望検査に☑　⇒　□血液検査　□超音波検査【子宮・卵巣】　□子宮がん検診		

＊　1回／年の乳癌検診を必ず受けてください。

＊　該当項目によってはピルを処方出来ない場合がありますので、予めご了承ください。

検査実施の場合、検査結果は郵送させて頂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）