

低用量ピル 再診処方時間診チェックシート

太線のなかを記入してください。

(ふりがな) お名前		最終月経 量	月 日 ~ 日間 <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齡	歳
住 所	〒 -	電話番号	- -
身 長	cm	W+ kg BMI	BP / P

本日のご希望をお聞かせください (該当する項目に✓をお付けください)。

<input type="checkbox"/> 低用量ピル (OC) 種類 (<input type="checkbox"/> マーベロン28 <input type="checkbox"/> アンジュ28 <input type="checkbox"/> トリキュラー28) 希望するシート数 (4シートまで) 医師に直接尋ねたいことがありますか?	<input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 ()シート <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
現在、喫煙していますか? はい (喫煙する) とお答えの方にお尋ねします。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 喫煙年数 () 年 喫煙本数 1日 () 本
現在服用中の薬剤 サプリメントがありますか? はいとお答えの方 () に記入してください。 ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

ピルを飲んでから下記のような症状はありませんか(いずれかに✓をお付けください)。

ふくらはぎの痛み・むくみ、握ると痛い、赤くなっている	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
激しい胸痛、息苦しい、押しつぶされるような痛み	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
見えにくい所がある、視野が狭い、舌のもつれ、失神、けいれん、意識障害	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
激しい頭痛	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
激しい腹痛	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
黄疸の出現、かゆみ、疲労、食欲不振	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
長期間の悪心、嘔吐	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
原因不明の不正性器出血	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
体を動かせない状態、顕著な血圧上昇	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他の症状 ()	

他に何か疑問や心配かございましたらご記入下さい。

--



野田 医院 (産科・婦人科)

NODA CLINIC - Obstetrics and Gynecology -