

# 低用量ピル 初回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	年齢 歳
住所	〒 -				電話番号 - -
身長	cm	W+	kg	BMI	BP / P

以下の質問にお答えください (該当する項目に✓をお付けください)。

■ 低用量ピルの服用目的は？ [複数回答可]

- 避妊 月経痛の改善 月経不順の改善 子宮内膜症の改善 にきびの治療  
過多月経・貧血の治療 PMS (月経前緊張症) その他 ( )

■ 低用量ピルを服用しようとしたきっかけは何ですか？

- 自分の意思 医師からの薦めで 周りの人の薦めで その他 ( )

■ 現在ピルを服用することに不安はありますか？ ⇒ ない ある (不安内容を以下に してください)

- 毎日忘れずに飲めるか お金が高くないか 太らないか ホルモン剤だから  
乳がん・子宮がんにならないか 将来、妊娠できなくなるのではないか  
その他 ( )

1. 妊娠中または妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2. 最後に月経があったのはいつですか？	月 日から 日間
3. 現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4. 喫煙しますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
はい (喫煙する) とお答えの方にお尋ねします。	喫煙年数 ( ) 年 喫煙本数 1日 ( ) 本
5. 高血圧と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
6. 血栓性動脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管系疾患 またはその既往がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
7. 過去2週間以内に大きな手術を受けましたか、 または今後4週間以内に手術の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
8. 脂質代謝異常(高脂血症等)と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9. 激しい頭痛 偏頭痛があったり、目がかすむことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10. 性器の不正出血がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
11. 乳がん・子宮がんと診断されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
12. 糖尿病と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
13. 胆嚢疾患 肝障害と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
14. 現在服用中の薬剤 サプリメントがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
はいとお答えの方は ( ) に記入してください。( )	



野田医院 (産科・婦人科)

NODA CLINIC - Obstetrics and Gynecology -