低用量ピル問診チェックシート

ご記入日	20　　年　　月　　日		
お名前			
年齢	歳	低用量ピル服用経験	有　・　無

1.妊娠中または妊娠している可能性がありますか。	□はい　□いいえ
2.現在授乳中ですか。	□はい　□いいえ
3.喫煙しますか。	□はい　□いいえ
喫煙年数（　　）年　　喫煙本数１日（　　）本	
4.高血圧と言われたことがありますか。	□はい　□いいえ
5.血栓性静脈炎、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。	□はい　□いいえ
6.過去２週間以内に大きな手術を受けましたか、 または今度４週間以内に手術の予定がありますか。	□はい　□いいえ
7.脂質代謝異常（高脂血症等）と言われたことがありますか。	□はい　□いいえ
8.激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか。	□はい　□いいえ
9.性器の不正出血がありますか。	□はい　□いいえ
10.乳癌や子宮癌と診断されたことはありますか。	□はい　□いいえ
11.糖尿病と言われたことがありますか。	□はい　□いいえ
12.胆嚢疾患や肝障害と診断されたことはありますか。	□はい　□いいえ
13.現在服用中の薬剤やサプリメントはありますか。	□はい　□いいえ
薬剤名　　（　　）	