

低用量ピル 初回処方時間診チェックシート

記入日: 20 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

●最後に月経があったのはいつですか? 20 年 月 日から 日間

●不正性器出血がありますか? はい いいえ

●妊娠中または妊娠している可能性はありますか? はい いいえ

●現在授乳中ですか? はい いいえ

●喫煙しますか? はい いいえ

「はい」の場合、1日何本吸いますか? 1日 _____ 本

●激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことはありますか? はい いいえ

「はい」の場合 前兆を伴わない 前兆（目がチカチカする等）を伴う

●ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどありますか? はい いいえ

●現在、医師の治療を受けていますか? はい いいえ

「はい」の場合 病名は何ですか? (_____)

●今までに入院や手術などを要する大きな病気にかかったことはありますか? はい いいえ

「はい」の場合 それは何の病気ですか? (_____)

●以下の病気と言われたことはありますか?

深部静脈血栓症 肺塞栓症 抗リン脂質抗体症候群 脳血管障害 冠動脈疾患 心臓弁膜症 糖尿病

高血圧 脂質代謝異常（高脂血症） 胆嚢疾患 子宮頸癌 子宮体癌 乳癌 耳硬化症 ポルフィン症

てんかん テタニー クローン病 潰瘍性大腸炎

●流産・死産を繰り返したことはありますか? はい いいえ

●妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症と言われたことはありますか? はい いいえ

●現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか? はい いいえ

「はい」の場合 それは何というお薬ですか? (_____)

●今までにOCまたはLEPを服用したことはありますか?

「はい」の場合 それは何というお薬ですか? (_____)

●今まででお薬を使用してアレルギー症状（じんましん等）が現れたことはありますか? はい いいえ

「はい」の場合 それは何というお薬ですか? (_____)

●過去2週間以内に大きな手術を受けましたか? 今後4週間以内に手術の予定がありますか? はい いいえ

●ご家族に血栓症にかかったことのある人はいますか? はい いいえ

●ご家族に乳癌にかかったことのある人はいますか? はい いいえ

●その他、自分の身体のこと、あるいはOCまたはLEPについて心配なことや何か知りたいことがありましたら
ご記入下さい。

(_____)

(クリニック側で記入) BMI _____ 血圧 _____ mmHg