

# ピル服用前チェックシート

記入日： 年 月 日

氏名：	_____		
年齢：	歳	身長：	cm
		体重：	kg
血圧：	/	mmHg	最終月経開始日： 月 日

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」の場合 喫煙年数( )年 喫煙本数 1日( )本	はい	いいえ
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 心血管系疾患と言われたことがありますか？	はい	いいえ
6	抗リン脂質抗体症候群と言われたことがありますか？	はい	いいえ
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がありますか？	はい	いいえ
8	脂質代謝異常(高脂血症)と言われたことがありますか？	はい	いいえ
9	激しい頭痛や片頭痛がありますか？ その頭痛の前兆として、目がチカチカしたり、かすんだりしたことがありますか？	はい	いいえ
10	不正器出血がありますか？	はい	いいえ
11	乳がんや子宮がんと診断されたことはありますか？	はい	いいえ
12	糖尿病と言われたことがありますか？	はい	いいえ
13	胆のう疾患や肝障害と言われたことがありますか？	はい	いいえ
14	今までにピルを服用したことがありますか？ 「はい」の場合 それは何というお薬ですか？( ) そのお薬でアレルギーなどの副作用はありましたか？	はい	いいえ
15	現在服用中の薬剤やサプリメントがありますか？ 「はい」の場合 それは何というお薬ですか？( )	はい	いいえ
16	ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか？	はい	いいえ
17	ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか？	はい	いいえ

～ その他、気になることがありましたらご記入ください ～

