

ピル服用中チェックシート

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

※ 前回の受診時から本日までについてお答えください。

1	お薬の飲み忘れがありましたか？	はい	いいえ
2	喫煙をしていますか？ 「はい」の場合 現在の喫煙本数 1日()本	はい	いいえ
3	お薬を飲んでいる期間(休薬期間以外)に性器出血はありましたか？	はい	いいえ
4	突然の足の痛みや腫れがありましたか？	はい	いいえ
5	突然の息切れや胸の痛みがありましたか？	はい	いいえ
6	激しい頭痛がありましたか？	はい	いいえ
7	舌がもつれたり、しゃべりにくいことがありましたか？	はい	いいえ
8	突然見えにくいところができたり、視野がせまくなることがありましたか？	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 ～



LADIES HOME CLINIC
YAWATA

レディースホームクリニックやわた