

ピル内服問診チェックシート

記入日 ____年 ____月 ____日

氏名 _____

年齢 ____才

ピル服用経験 あり・なし

1. 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
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
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
4. 高血圧と言われたことがありますか。 はい・いいえ
5. 血栓症静脈炎、肺梗塞症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁疾患などの
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はうけましたか。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
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. 胆嚢疾患や肝機能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がありますか。 はい・いいえ
はいとお答えの方はご記入ください。()