

低容量ピル問診チェックシート

記入日： 年 月 日

| | | | |
|----|----|--------|-------|
| 氏名 | | | |
| 年齢 | 歳 | ピル服用経験 | 有 ・ 無 |
| 身長 | cm | 体重 | kg |

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. 妊娠中または妊娠している可能性がありますか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 2. 現在授乳中ですか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 3. 喫煙しますか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| はい(喫煙する)とお答えの方にお尋ねします。 喫煙年数 | 年()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 <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 6. 過去2週間以内に大きな手術を受けましたか、または今後4週間以内に手術の予定がありますか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 7. 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 <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 9. 不正性器出血がありますか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 10. 乳癌や子宮癌と診断されたことはありますか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 11. 糖尿病と言われたことがありますか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 12. 胆嚢疾患や肺障害と診断されたことはありますか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| 13. 現在服用中の薬剤やサプリメントはありますか。 | はい <input type="checkbox"/> | いいえ <input type="checkbox"/> |
| はいとお答えの方は()内に記入してください。() | | |