

ピル問診

～ピルを処方させていただくにあたり、以下の質問にお答えくださいませ～

ふりがな

お名前：_____様 記入日：_____年_____月_____日

年 齢：_____歳 身 長：_____cm 体 重：_____kg

ピルを希望される目的（あてはまるものに○を付けてください）

- 1.避妊 2.月経トラブルの緩和 3.婦人科疾患への治療 4.肌トラブル改善
5.その他（ _____ ）

1.今まで、ピルを服用されたことはありますか？…………… はい / いいえ

*はいの方→ いつ頃：_____ 種類：_____

2.タバコを吸われますか？…………… はい / いいえ

*はいの方→ どの位：_____本/日

3.今まで、経口避妊薬やホルモン剤を使用して異常はありましたか？…………… はい / いいえ

4.乳房にしこりはありますか？…………… はい / いいえ

5.血縁関係で乳がんの方はおられますか？…………… はい / いいえ

6.月経以外の出血はありますか？…………… はい / いいえ

7.以下の症状にあてはまるものはありますか？…………… はい / いいえ

*はいの方（あてはまるものに○を付けてください）

〔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 / 舌のもつれ〕

8.以下の病気にかかったことはありますか？…………… はい / いいえ

*はいの方（あてはまるものに○を付けてください）

〔血栓性静脈炎 / 肺血栓症 / 脳血管性障害 / 冠動脈疾患〕

9.生まれつき血がかたまりやすいと言われたことはありますか？…………… はい / いいえ

10.血縁関係で脳梗塞・心筋梗塞にかかった方はいますか？…………… はい / いいえ

11.以下の病気と診断されたことはありますか？…………… はい / いいえ

*はいの方（あてはまるものに○を付けてください）

〔抗リン脂質抗体症候群 / 溶血性貧血 / 悪性腫瘍(がん) / 血小板減少症〕

<裏面へつづく>

- 12.現在、妊娠している可能性はありますか？…………… はい / いいえ
- 13.1 ヲ月以内にお産・流産・中絶をされましたか？…………… はい / いいえ
- 14.自然流産や死産を繰り返されたことはありますか？…………… はい / いいえ
- 15.妊娠されたことはありますか？…………… はい / いいえ
- *はいの方→ 妊娠中に黄疸・持続的なかゆみ・ヘルペスがありましたか？… はい / いいえ
- 16.現在、授乳中ですか？…………… はい / いいえ
- 17.血圧が高いと言われたことはありますか？…………… はい / いいえ
- 18.高脂血症と言われたことはありますか？…………… はい / いいえ
- 19.糖尿病と言われたことはありますか？…………… はい / いいえ
- 20.肝機能障害と言われたことはありますか？…………… はい / いいえ
- 21.以下の病気と言われたことはありますか？…………… はい / いいえ

*はいの方（あてはまるものに○を付けてください）

〔てんかん / 心臓病 / 腎臓病 / 耳硬化症 / ポルフィリン症〕

- 22.現在、治療中の病気はありますか？…………… はい / いいえ

*はいの方→ 病名： _____

- 23.コンタクトレンズを使用していますか？…………… はい / いいえ

24.子宮頸癌の検査はいつ受けましたか？…………… _____年 _____月頃

25.乳癌検査はいつ受けましたか？…………… _____年 _____月頃

26.服薬中に体調不良の場合には医師の診察を受けます サイン（ _____ ）

24.最終月経日： _____月 _____日～ _____日間

～ご記入ありがとうございました～

Dr. Ns 記入欄】

サイン

血圧	/ mmHg	
Drより		
Nsより		
	ピルについての説明（ 済 ・ 未 ）	