

# 問診票(低用量ピル)

診察券番号( )名前( )

## 低用量ピル内服の目的は何ですか

避妊 月経痛 月経不順 月経前緊張症 子宮内膜症 子宮腺筋症 過多月経・貧血 更年期障害 にきび・肌荒れの治療 その他( )

今までにピルを服用したことがありますか？ はい いいえ

「はい」の場合 使用時期・使用期間( )薬剤名( )

ピルやホルモン剤を内服してアレルギー等がでたことがありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、薬剤名は？ ( )

妊娠中またはその可能性はありますか？ はい いいえ

現在、産後 6 週間以内あるいは授乳中ですか？ はい いいえ

妊娠中に黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスの発症はありましたか？ はい いいえ

現在、内服しているお薬がありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、薬剤名は？ ( )

子宮がん、乳がん、またはその他のがんと診断されたことがありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、どこの癌ですか？ ( )

現在、何か治療中の病気がありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、病名は？ ( )

下記の病気と診断されたことはありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、丸を付けて下さい。

高血圧、糖尿病、脂質代謝異常、血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、肺高血圧症、心臓弁膜症、心血管系疾患、抗リン脂質抗体症候群、肝障害、肝腫瘍、腎障害、急性腎不全、耳硬化症

タバコは吸いますか？ はい いいえ

「はい」の場合、喫煙本数( )本/1日 年数( )年

原因不明の不正性器出血はありますか？ はい いいえ

今後手術の予定はありますか？または手術後 2 週間以内ですか？ はい いいえ

前兆(キラキラしたものが見える、匂いが変わる等)のある偏頭痛はありますか？ はい いいえ

## \* 以下は診察後にチェックを付けて下さい

低用量ピルの使用で、血栓症、乳癌、子宮頸癌のリスクが上がることや、手術の 4 週間前からピルを中止しなければいけないことを理解されましたか？

はい いいえ