低用量ピル服用開始チェックシート

記入日:　　年　　月　　日

氏 名			
年 齢	歳	低用量ピル服用経験	□ 有　　□ 無

1.	妊娠中または妊娠している可能性がありますか。		□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.	血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管性障害、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　□いいえ
6.	最近大きな手術をしたことがありますか、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(高脂血症など)とい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.	胆道疾患や肝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( )内に記入して下さい。(　　)		

(社)日本家族計画協会(C)

血圧測定

/　　mmHg

2007.8.6 作成　2008.6.4 修正

細田レディースクリニック