ピル初回処方時問診チェックシート　　記入日：20　年　月　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年齢＿＿＿歳　　血圧　＿＿＿／＿＿＿mm Hg

●最後に月経が始まったのはいつですか？　　20　年　月　日から　日間

●不正性器出血がありますか？　　□はい　□いいえ

●生理痛はありますか？　　□はい　□いいえ

●PMS（月経前症候群）はありますか？　　□はい　□いいえ

●喫煙しますか？　　□はい　□いいえ

「はい」の場合、1日何本吸いますか？　　1日＿＿＿本

●激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことはありますか？　　□はい　□いいえ

「はい」の場合　　□前兆を伴わない　□前兆（身体的症状：目がチカチカする等）を伴う

●現在、医師の治療を受けていますか？　　□はい　□いいえ

「はい」の場合　病名は何ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●今までに入院や手術などを要する大きな病気にかかったことはありますか？　　□はい　□いいえ

「はい」の場合　それは何の病気ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●流産・死産を繰り返したことはありますか？　　□はい　□いいえ

●妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症といわれたことはありますか？　　□はい　□いいえ

●今までに低用量ピルを服用したことはありますか？　　□はい　□いいえ

「はい」の場合　それは何というお薬ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●今まででお薬を使用してアレルギー症状（じんましん等）が現れたことはありますか？　　□はい　□いいえ

「はい」の場合　それは何というお薬ですか？（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

●過去２週間以内に大きな手術を受けましたか？今後４週間以内に手術の予定がありますか？　　□はい　□いいえ