

□ アンジュ28 □ トリキュラー28 □ トリキュラー21 □ マーベロン21 □ マーベロン28

□ ヤーズ28 □ ヤーズフレックス □ フリウエルLD □ フリウエルULD □ ジェミーナ □ ドロエチ

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
喫煙しますか。	□ はい	□ いいえ
3. 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(1週間ベッド上安静が必要な程度)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)と言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。()		

日本産科婦人科学会 (社)日本家族計画協会(C)

血圧測定 / mmHg
