

ピル用問診票

以下の質問をお読みいただき「はい・いいえ」欄の該当するほうにチェックしてください。

お名前	() 歳	直近の血圧 / mmHg	身長 () cm	体重 () kg
1	これまでに、次の病気にかかったことがありますか？（「はい」とお答えの方は該当する項目にチェックを入れてください。） □ 血栓症（血栓性静脈炎、肺塞栓症など） □ 脳血管障害 □ 冠動脈疾患 □ 心臓弁膜症			□はい □いいえ
2	家族(両親・兄弟姉妹)に血栓症にかかった方はいらっしゃいますか？			□はい □いいえ
3	激しい頭痛や片頭痛がありますか？ その頭痛の前触れとして、目がチカチカしたり、かすんだりしたことがありますか？			□はい □いいえ □はい □いいえ
4	喫煙をしますか？「はい」とお答えの方は喫煙年数と現在の喫煙本数をお書きください。 喫煙年数 () 年 現在の喫煙本数 1日 () 本			□はい □いいえ
5	高血圧といわれていますか？			□はい □いいえ
6	糖尿病といわれていますか？			□はい □いいえ
7	抗リン脂質抗体症候群といわれたことがありますか？			□はい □いいえ
8	脂質代謝異常（脂質異常症または高脂血症）といわれていますか？			□はい □いいえ
9	最近、医師から「安静」の指示を受けたことがありますか？			□はい □いいえ
10	過去2週間以内に大きな手術（30分を超える手術や入院が必要な手術）を受けましたか？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
11	産後4週間以内ですか？			□はい □いいえ
12	これまでに経口避妊薬または性ホルモン薬（月経困難症の薬、子宮内膜症の薬など）を服用して、過敏症（呼吸困難、じんま疹、湿疹・発疹など）を経験したことがありますか？			□はい □いいえ
13	これまでに、下記の病気があるといわれたことがありますか？（「はい」とお答えの方は該当する項目にチェックを入れてください。） □ 乳がん □ 子宮体がん（子宮内膜がん） □ 子宮頸がん			□はい □いいえ
14	不正性器出血（月経とは異なる時期の出血）がありますか？			□はい □いいえ
15	肝障害や肝腫瘍といわれていますか？			□はい □いいえ
16	耳硬化症※といわれていますか？ ※中耳にある小さな骨が、振動できなくなり音を伝えられなくなる病気で、難聴の原因にもなります。			□はい □いいえ
17	妊娠中に黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスを発症したことがありますか？			□はい □いいえ
18	現在、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
19	現在、授乳中ですか？			□はい □いいえ