

低用量ピル問診票

名前		年齢	
			歳

下記の質問事項に対して、当てはまる方（はい 或いは いいえ）に○を付けて下さい。

質問事項		
1. 喫煙はされますか。 * される方は1日に何本吸われますか _____ 本 何年間喫煙していますか _____ 年間	はい	いいえ
2. 以前に他の経口避妊薬またはホルモン剤を使用した時に何か副作用を経験した事がありますか。 * ある場合その内容 _____	はい	いいえ
3. ふくらはぎの痛み・むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、めまい、失神、目のかすみ、舌のもつれ、などがありますか。	はい	いいえ
4. 以前に、血栓性静脈炎、肺血栓症、脳血管障害（脳出血、脳梗塞など）、冠動脈疾患（狭心症、心筋梗塞など）にかかった事がありますか。	はい	いいえ
5. 先天性血栓性素因があるといわれた事がありますか。或いはご家族に血栓症にかかった事のある方はいますか。	はい	いいえ
6. 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
7. 現在、授乳をしていますか。	はい	いいえ
8. 血圧が高いといわれた事がありますか。	はい	いいえ
9. 今後、大手術を行う予定がありますか。或いは最近受けられましたか。	はい	いいえ
10. 乳癌にかかった事がありますか。或いは乳房にしこりのようなものがありますか。	はい	いいえ
11. ご家族に高血圧や心血管障害、乳癌や子宮癌にかかった事のある方はいますか。	はい	いいえ
12. 性器出血がありますか。	はい	いいえ
13. 脂質代謝異常（高脂血症など）といわれた事がありますか。	はい	いいえ

14. 糖尿病または耐糖能異常があるといわれた事がありますか。	はい	いいえ
15. 胆道疾患（胆石など）や肝機能障害といわれた事がありますか。	はい	いいえ
16. 心臓病や腎臓に障害があるといわれた事がありますか。	はい	いいえ
17. てんかんといわれた事がありますか。または手足のけいれんなどを経験された事がありますか。	はい	いいえ
18. ポルフィリン症といわれた事がありますか。	はい	いいえ
19. 耳硬化症といわれた事がありますか。	はい	いいえ
20. 現在、何か医師の治療を受けていますか。 *はいの場合：病名_____	はい	いいえ
21. 現在何かお薬、サプリメントを飲んでいますか。 *はいの場合：薬の名前_____ サプリメントの名前_____	はい	いいえ