

初回処方時間診チェックシート

枠線内にご記入ください

お名前： _____	記入日：西暦 20 年 月 日
年 齢： _____ 歳 身 長： _____ cm 体 重： _____ kg	
血 圧： _____ / _____ mmHg (測定してお待ちください)	BMI： _____

以下の質問をお読みいただき、あてはまる項目のチェックまたはご記載をお願いします
(わからないことがありましたら、医師等に質問して、正しい情報をご記載ください)

1	最後に月経があったのはいつですか？	西暦 20 年 月 日	から	日間	
2	不正性器出血がありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
3	妊娠中または妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4	現在授乳中ですか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
5	喫煙しますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	「はい」の場合 _____ 1日 _____ 本				
6	激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	「はい」の場合 <input type="checkbox"/> 前兆を伴わない <input type="checkbox"/> 前兆(目がチカチカする等)を伴う				
7	ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸のいたみ、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
8	現在、医師の治療を受けていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	「はい」の場合 病名は何ですか？(_____)				
9	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がありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	「はい」の場合 それは何の病気ですか？(_____)				
10	以下の病気と言われたことがありますか？				
	<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 肺塞栓症 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常(高脂血症) <input type="checkbox"/> 胆嚢疾患 <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 耳硬化症 <input type="checkbox"/> ポルフィリン症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> クロウン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎				
11	流産・死産を繰り返したことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
12	妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
13	現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	「はい」の場合 それはなんというお薬ですか？(_____)				
14	今までに経口避妊薬(OC)または月経困難症治療剤(LEP)を服用した経験はありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	「はい」の場合 それはなんというお薬ですか？(_____)				
15	今までお薬を使用してアレルギー症状(じんましん等)が現れたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
	「はい」の場合 それはなんというお薬ですか？(_____)				
16	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？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
17	ご家族に血拴症にかかったことのある方はいますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
18	ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

その他、自分の身体のこと、あるいはLEPについて心配なことや何か知りたいことなどがありましたらご記入ください