

ピルの服用に関する問診票

ID _____

ピル服用経験(有・無) 有の場合 ピルの種類() 内服期間()

1	身長と体重を教えてください。 身長 cm 体重 kg		
2	一番最近の生理が始まった日をご記入ください。 月 日から 日間		
3	生理の周期をご記入ください。 順調・不順 日周期		
4	今回、ピルを希望される目的は何ですか？(あてはまるものに○をして下さい) 避妊 月経前症候群(PMS) 生理痛 生理の量が多い 生理不順 ニキビ・肌荒れ 緊急避妊 更年期障害 治療 その他()		
5	喫煙しますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	『はい』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)		
6	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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
7	現在授乳中ですか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
8	高血圧と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
9	血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
10	糖尿病と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
11	胆道疾患や肝障害と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
12	脂質代謝異常(高脂血症等)と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
13	手術をされる予定がある。または1年以内に手術を受けられましたか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
14	激しい頭痛や片頭痛があつたり、目がかすむことがありますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
15	最近(半年以内に)生理以外の出血はありましたか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
16	子宮がん検診を受けたことはありますか。(年 月)	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
17	乳がんや子宮がんと診断されたことはありますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
18	現在服用中の薬剤やサプリメントはありますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	『はい』とお答えの方は()内に記入して下さい。()		
19	ご家族に心血管障害、血栓症、乳がんと診断された方はいますか。	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
	ご家族のどなたかが何のご病気をお持ちですか。()		

BP _____