

【婦人科（低用量ピル処方専用）問診票】

フリガナ

氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

■ 本日の血液検査の結果は、基本的に次回診療時にお渡し致しますが、郵送も可能です。

郵送ご希望の方は郵送代と事務手数料を別途頂きます。ご了承ください。

郵送代+事務手数料（300円）※受診より1週間ほどお届けとなります。

■ 低用量ピル処方にあたり、以下の15項目のうち複数に該当した場合、処方をお断りする場合がございます。

下記該当するものに☐をお願いします。

<input type="checkbox"/>	①40歳以上
<input type="checkbox"/>	②タバコを吸っている（吸っている方：1日 _____ 本）
<input type="checkbox"/>	③肥満：身長の下2桁+20より体重がある（例：身長155cm→55+20=75kg）
<input type="checkbox"/>	④乳がんになったことがある、もしくは血縁関係者にいる（または現在乳房にしこりがある）
<input type="checkbox"/>	⑤血栓症になったことがある、もしくは血縁者にいる
<input type="checkbox"/>	⑥偏頭痛（時々日常生活を妨げるほどの頭痛がある）
<input type="checkbox"/>	⑦高血圧（上が140位上もしくは下が90以上）
<input type="checkbox"/>	⑧糖尿病（血糖値が高い）
<input type="checkbox"/>	⑨高脂代謝異常（コレステロールが高い）
<input type="checkbox"/>	⑩脳・心臓・腎臓・肝臓・胆のうの病気がある
<input type="checkbox"/>	⑪子宮・卵巣の病気がある
<input type="checkbox"/>	⑫てんかん・テタニーと診断された
<input type="checkbox"/>	⑬SLE・抗リン硬質抗体症候群と診断された
<input type="checkbox"/>	⑭ポルフィリン症・耳硬化症と診断された
<input type="checkbox"/>	⑮潰瘍性大腸炎・クローン病と診断された
<input type="checkbox"/>	上記15項目のいずれも当てはまらない

■ 自己申告で構いません、身長・体重を記入してください。

身長：（ _____ ） cm 体重：（ _____ ） kg

■ 後ほど、看護師により下記測定致します（看護師記入欄）

血圧：（ _____ / _____ ） mmHg 脈拍：（ _____ ） 回/分

裏面もご記入ください

■下記の質問で該当するところに○印をお願いします。

「はい」の場合、分かる範囲で（ ）内に詳細を記入してください。

※緊急避妊や生理日移動をご希望の場合は、診察の際に直接医師へお伝えください。

①	最後に月経があったのはいつですか？ (西暦) _____年 _____月 _____日から _____日間	
②	ピルに期待する効果はどれですか？該当するものに✓してください。 □避妊 □治療 □生理不順 □生理痛の解消 □その他（ ）	
③	経口避妊薬（ピル）を服用したことはありますか？	はい ・ いいえ
④	診断の確定していない不正性器出血がありますか？	はい ・ いいえ
⑤	性交（セックス）の経験がありますか？	はい ・ いいえ
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 ・ いいえ
⑦	流産・死産を繰り返したことはありますか？	はい ・ いいえ
⑧	現在、授乳中ですか？	はい ・ いいえ
⑨	子宮がん検診を受けたことがありますか？（受診年：西暦 _____年）	はい ・ いいえ
⑩	子宮頸がん検診を受けたことがありますか？（受診年：西暦 _____年） 「はい」の方：結果（ 異常なし ・ その他： _____ ）	はい ・ いいえ
⑪	今までに入院するような病気にかかったことはありますか？ 「はい」の方：病名（ _____ ）	はい ・ いいえ
⑫	過去2週間以内の手術や今後4週間以内に手術予定がありますか？ 「はい」の方：手術名（ _____ ） 手術日（ _____ ）	はい ・ いいえ
⑬	下肢の痛み・むくみ・突然の息切れ・胸痛・激しい頭痛・めまい・失神 目のかすみ・舌のもつれなどの血栓症を疑わせる症状はありますか？	はい ・ いいえ
⑭	現在、何らかの治療をうけていますか？ 「はい」の方：病名（ _____ ）	はい ・ いいえ
⑮	現在、服用中の薬剤やサプリメントがありますか？ 「はい」の方：薬剤・サプリメント名（ _____ ）	はい ・ いいえ
⑯	今まで服用した薬剤でアレルギー症状はありますか？ 「はい」の方：薬剤名（ _____ ） 症状（ _____ ）	はい ・ いいえ

■ピル処方時の必要検査は、下記項目となります。

血液検査：白血球・赤血球・血色素量・ヘマトクリット・血小板・AST・ALT

LDLコレステロール・RPR・Dダイマー

※1年以内に健康診断を受けられて血液検査に異常がない方はRPR、Dダイマーのみ検査を追加いたします。

検査結果は確認させて頂きますので必ず次回受診時に受付にお持ち下さい（コピーをとらせていただきます）