

ID: _____

低用量ピル (OC) ・ LEP の初回問診票

フリガナ _____ 日付 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 _____ 様

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 年齢 _____ 才

現住所 〒 _____

マンション名 _____

電話 (_____) _____ - _____ 携帯電話(_____) _____

メール _____ @ _____

ご職業 主婦 学生 医療職 会社員(_____)その他(_____)

- ・ 低用量ピルを服用しようとしたきっかけは何ですか？
自分の意思で 先生からの薦めで 周りの人の薦めで その他(_____)
- ・ 低容量ピルの服用目的は？ [複数回答可]
避妊 月経痛の改善 月経不順の改善 子宮内膜症の改善
過多月経・貧血の治療 更年期障害の治療 月経前緊張症 にきび・肌荒れの治療
その他(_____)
- ・ 生理(月経)についてお尋ねします。 初めての月経は (_____ 才頃)
 一番最近の生理は (令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間) (いつもと同じ多い少ない)
 ふだんの月経周期 (月経開始日から次の月経開始日までの間) は、
 (順調である: _____ 日型 不順である:だいたい _____ 日から _____ 日 全くまちまちである)
 月経の長さは (_____ 日から _____ 日) 月経量は (少ない 普通 多い 固まりがある)
 月経の前の体調は (かわらないイライラ落ち込む胸がはる腰痛頭痛その他 _____)
 月経痛は (ない 弱い 普通 強い とても強い) 鎮痛剤を (飲まない 時々 よく飲む)
- ・ ピルを服用することに不安はありますか？ ない ある(以下を選択してください)
毎日忘れずに飲めるかおくすりが高くないか 太らないか ホルモン剤だから
乳がん・子宮がんにならないか 将来、妊娠できなくなるのでは その他(_____)
- ・ 今までにピルを飲まれたことはありますか？ない ある (_____ 年頃 _____ ヶ月間
 薬名 _____ 副作用 ある ない)
- ・ ホルモン剤やそのほかの薬剤を内服してアレルギー等がでたことがありますか？ ある ない
- ・ 現在授乳中ですか？ はい いいえ
- ・ タバコを吸いますか？ はい (喫煙本数 _____ 本/1日 年数 _____ 年) いいえ
- ・ 高血圧と言われたことはありますか？ はい いいえ
- ・ 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であったり、
 かかったことがありますか？ はい いいえ
- ・ 過去2週間以内に大き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
- ・ 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 いいえ
- ・ キラキラしたものや鏡が見える、匂いが変わるような頭痛がありますか？ はい いいえ
- ・ 生理以外の出血があることはありますか？ はい いいえ
- ・ 乳がんや子宮がんと言われたことはありますか？ はい いいえ
- ・ 糖尿病と言われたことはありますか？ はい いいえ
- ・ 胆のう疾患や肝機能が悪いと言われたことはありますか？ はい いいえ
- ・ 今飲んでいる薬やサプリメントはありますか？ はい いいえ
 薬の名前 (_____)

