

ピル問診表

年 月 日

下記の質問に答えて受付にお渡し下さい。

フリガナ

お名前

年齢

OC服用経験 有 ・ 無

1. 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

2. 現在授乳中ですか。

はい いいえ

3. 喫煙しますか。

はい いいえ

※はい(喫煙する)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

4. 高血圧と言われたことがありますか。

はい いいえ

5. 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 いいえ

6. 最近大きな手術をしたことがありますか、またはその予定がありますか。

はい いいえ

7. 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

8. 激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか。

はい いいえ

9. 性器の不正出血がありますか。

はい いいえ

10. 乳癌や子宮癌と診断されたことはありますか。

はい いいえ

11. 糖尿病と言われたことがありますか。

はい いいえ

12. 胆道疾患や肝障害と診断されたことはありますか。

はい いいえ

13. 現在服用中の薬剤やサプリメントがありますか。

はい いいえ

※はいとお答えの方は()内に記入してください。()

14. 家族に高血圧や心管障害、乳癌と診断された方はいますか。

はい いいえ