

② ピル・ホルモン剤 再診チェックシート

記入日 年 月 日	年齢 才	身長 cm	体重 kg
お名前		最終月経 月 日～ 日間	

★前回受診以降の症状をお答えください

1	月経痛（お薬を飲む前と比べて）	<input type="checkbox"/> 楽になった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> ひどくなった
2	月経血量（お薬を飲む前と比べて）	<input type="checkbox"/> 減った	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> 増えた

3	喫煙をしていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の方 現在の喫煙本数 1日（ ）本		
4	ピル・ホルモン剤を2日以上飲み忘れたことがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	胃腸が弱く、よく下痢を起こしますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	休薬期間中に頭痛や腹痛・腹部の張り・乳房痛などのマイナートラブルがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	突然の足の痛みや腫れがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	突然の息切れや胸の痛みがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	激しい頭痛がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
「はい」の方 頭痛の前に目がチカチカしたりかすんだりしましたか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	舌がもつれたり、しゃべりにくいことがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	突然見えにくいところができたり、視野が狭くなることがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	性交渉の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	お薬を飲んでいる期間（休薬期間以外）に不正性器出血はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

「はい」の方
量はどのくらいですか？ 少ない ・ 生理くらい ・ 多い

※不正性器出血のあった期間を下記のシートに×でご記入ください

記入例→

●ジェノゲスト服用中の方
(/ ~ /)

●フリウェル服用中の方
(/ ~ 内服開始分)

●ヤーズ、ドロエチ服用中の方
(/ ~ 内服開始分)