④ 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　喫煙をしていますか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□はい　□いいえ

「はい」の方　　　　　　　　　　　　　現在の喫煙本数　1日　（　　　　）本

2　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？・・・・・・・・・・・　□はい　□いいえ

3　胃腸が弱く、よく下痢をおこしますか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　□はい　□いいえ

4　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？

□はい　□いいえ

5　突然の足の痛みや腫れがありましたか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　□はい　□いいえ

6　突然の息切れや胸の痛みがありましたか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　□はい　□いいえ

7　激しい頭痛がありましたか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　・□はい　□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？・・・・・・　□はい　□いいえ

8　舌がもつれたり、しゃべりにくいことがありましたか？・・・・・・・・・・・・・・・　□はい　□いいえ

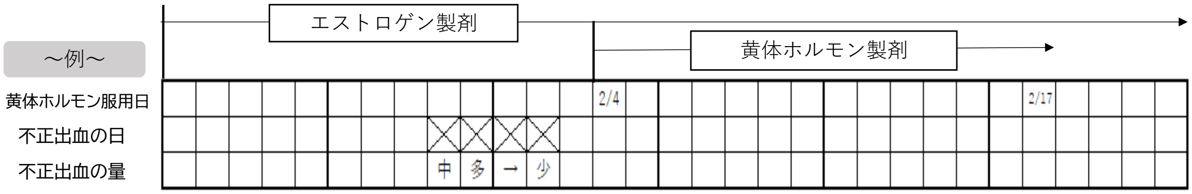
9　突然見えにくい所ができたり、視野が狭くなることがありましたか？・・・・・・・　□はい　□いいえ

10　不正性器出血（月経とは異なる時期の出血）はありましたか？・・・・・・・・・・・　□はい　□いいえ

「はい」の方　　期間　　　月　　日　～　　月　　日まで

11　性交渉の経験はありますか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　□はい　□いいえ

●　周期法使用中の方で不正性器出血があった期間等を例のように下記のシートにご記入ください。



～記入欄～

黄体ホルモン服用日

不正出血の日

不正出血の量

12 **＜症状チェック＞**

強度の目安

（あてはまるものに〇をつけてください）

強：日常生活に差しさわりがあるほどつらい

中：我慢できなくはないが　何とかしたい

弱：症状はあるが　まだ我慢できる程度

無：ほとんど感じたことがない

		強	中	弱	無
1	顔がほてる	10	6	3	0
2	汗をかきやすい	10	6	3	0
3	腰や手が冷えやすい	14	9	5	0
4	息切れや動悸がする	12	8	4	0
5	寝つきが悪い、眠りが浅い	14	9	5	0
6	怒りやすい、すぐにイライラする	12	8	4	0
7	クヨクヨしたり、憂うつになる	7	5	3	0
8	頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0
9	疲れやすい	7	4	2	0
10	肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0

合計点（スタッフ記入）