

## ホルモン剤内服初回チェックシート

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名： \_\_\_\_\_

1	<p>今までに経口避妊薬（OC）または月経困難症治療剤（LEP）を服用したことはありますか？</p> <p>「はい」の場合は薬名・内服時期・期間を記入して下さい                      {薬名; _____ 時期と期間 _____ }</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	<p>妊娠中または妊娠している可能性がありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	<p>現在授乳中ですか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	<p>喫煙しますか？</p> <p>「はい」の場合1日 _____ 本</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	<p>現在、医師の治療を受けていますか？</p> <p>「はい」の場合は病名・内服薬を記入して下さい                      { _____ }</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	<p>ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	<p>以下の病気と言われた事がある方はチェックをいれて下さい</p> <p> <input type="checkbox"/>深部静脈血栓症   <input type="checkbox"/>脳血管障害   <input type="checkbox"/>冠動脈疾患   <input type="checkbox"/>肺塞栓症  <input type="checkbox"/>心臓弁膜症   高血圧   <input type="checkbox"/>糖尿病   <input type="checkbox"/>高脂血症   <input type="checkbox"/>胆のう疾患  <input type="checkbox"/>てんかん   <input type="checkbox"/>耳硬化症<input type="checkbox"/>ポルフィリン症   <input type="checkbox"/>テタニー  <input type="checkbox"/>クローン病   <input type="checkbox"/>潰瘍性大腸炎<input type="checkbox"/>抗リン脂質抗体症候群                     </p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	<p>妊娠中に妊娠高血圧症候群、妊娠中毒症と言われた事がありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	<p>現在内服薬（サプリメントを含める）はありますか？</p> <p>「はい」の場合薬名を記入して下さい                      { _____ }</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	<p>今まで薬でアレルギー症状が出たことはありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	<p>過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？</p> <p>また今後4週間以内に手術の予定はありますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	<p>ご家族に血栓症にかかったことがある方はいますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	<p>ご家族に乳がんにかかったことがある方はいますか？</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ