

## 低用量ピル問診票

服用希望者向け質問事項		
質問事項	はい	いいえ
1.年齢を記入して下さい。	満	__歳
2.喫煙をされる方は一日の本数を記載して下さい。	1日	__本
3.以前に、他の経口避妊薬またはホルモン剤を服用した時に過敏症を経験したことがありますか。		
4.ご家族で乳癌と診断された人はおられますか。		
5.乳房にしこりのようなものがありますか。		
6.性器出血がありますか。		
7.ふくらはぎのいたみ・むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、めまい、失神、視力障害(目のかすみ)、舌のもつれ、などがありますか。		
8.以前に、血栓性静脈炎、肺血栓症、脳血管障害、冠動脈疾患にかかったことがありますか。		
9.先天性血栓性素因があると言われたことがありますか。		
10.ご家族で血栓症にかかったことのある方はいますか。		
11.次に該当するものがあると言われたことがありますか。抗リン脂質抗体症候群などの自己免疫疾患、悪性腫瘍、溶血性貧血(鎌状赤血球症・サラセミアなど)、濃縮凝固剤補注、静脈瘍、高脂血症(脂質代謝異常)、脱水症、重症感染症		
12.流産を繰り返したことがありますか。また、血小板減少症と言われたことがありますか。		
13.血圧が高いと言われたことがありますか。		
14.妊娠をされたことがある方は、妊娠中の血圧が高いと言われたことがありますか。		
15.妊娠をされたことがある方は、黄症、持続的な痒み、妊娠ヘルペスがありましたか。		
16.大手術を受ける予定がありますか。最近受けられましたか。		
17.現在妊娠中ですか。または妊娠している可能性がありますか。		
18.最近、お産をされましたか。		
19.現在、授乳をしていますか。		
20.心臓病や腎臓に障害があると言われたことがありますか。		
21.脂質代謝異常(高脂血症等)があると言われたことがありますか。		
22.糖尿病または耐糖症異常があると言われたことがありますか。		
23.肝臓に障害があると言われたことがありますか。		
24.てんかんとされたことがありますか。また、手足の痙攣などの筋痙攣を経験されたことがありますか。		
25.ポルフィリン症と言われたことがありますか。		
26.耳硬化症と言われたことがありますか。		
27.現在、何か医師の治療を受けていますか。		
28.現在、何かお薬を服用していますか。		
29.コンタクトレンズを使用していますか。		

医師のチェック表
内容
40歳以上は慎重投与、また、思春期に該当する場合は禁忌
35歳以上でかつ、1日15本以上は禁忌
禁忌への該当性の確認
慎重投与(乳癌)への該当性確認
禁忌(乳癌)への該当性確認
禁忌(エストロゲン依存性腹痛、生殖器癌)への該当性の確認
禁忌への該当性の確認
禁忌への該当性の確認
慎重投与への該当性の確認
禁忌または慎重投与(後天性血栓性素因)の該当性の確認
禁忌(抗リン脂質抗体症候群)への該当性の確認
禁忌(中等度以上)、慎重投与(軽度)への該当性の確認
禁忌(中等度以上)、慎重投与(軽度)への該当性の確認
禁忌への該当性の確認
術前4週間、術後2週間は禁忌
禁忌への該当性の確認
分娩、妊娠中期流・早産後4週間は禁忌
禁忌、慎重投与への該当性の確認
慎重投与への該当性の確認
禁忌への該当性の確認
禁忌への該当性の確認
禁忌(重度)、慎重投与(軽度)への該当性の確認
慎重投与への該当性の確認
慎重投与への該当性の確認
禁忌への該当性の確認
慎重投与への該当性の確認
併用薬等の確認
装着不具合に対する対応

(その他)  
肥満している場合は、慎重投与