



# ホルモン剤を使用される方へ

お薬を安全にのむために ご記入ください。

記入日： 年 月 日

氏名	年齢	歳
身長	cm	体重 kg
		血圧 / mmHg

不正性器出血はありますか？	はい	いいえ
妊娠中 妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ
現在授乳中ですか？	はい	いいえ
喫煙しますか？ 1日 本	はい	いいえ
ひどい頭痛や片頭痛はありますか？	はい	いいえ
※ はい の場合は、下記の <u>チェックシート</u> にご記入ください		
上記ほどではないが、頭痛が日常的にありますか？	はい	いいえ
ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸痛、失神、舌のもつれがありますか？	はい	いいえ
※現在医師の治療を受けていますか？	はい	いいえ
※今まで入院や手術を要する大きな病気にかかったことはありますか？	はい	いいえ
※現在 お薬やサプリメントを服用していますか？	はい	いいえ
※→ 別途 問診表に詳細を記入してください。		
以下の病気と言われたことがありますか？	はい	いいえ
<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓 <input type="checkbox"/> 肺塞栓症 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> SLE <input type="checkbox"/> 血栓性素因 <input type="checkbox"/> ポルフィリン症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 肝機能障害 <input type="checkbox"/> 腎機能障害 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 胆嚢疾患 <input type="checkbox"/> クローン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 子宮体癌 <input type="checkbox"/> 乳癌 <input type="checkbox"/> 乳腺疾患 <input type="checkbox"/> 他のがん		
流産 死産を繰り返したことがありますか？	はい	いいえ
妊娠中に 妊娠高血圧症候群 妊娠中毒症と言われたことがありますか？	はい	いいえ
今までに ホルモン剤を服用したことがありますか？	はい	いいえ
何という薬ですか？ ( ) 副作用はありましたか？	はい	いいえ
今までお薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？	はい	いいえ
過去2週間以内に手術を受けましたか？今後4週間以内に手術予定はありますか？	はい	いいえ
ご家族で血栓症にかかったことのある方はいますか？(父 母 祖父 祖母 他)	はい	いいえ
その中で、60歳以下でかかった方はいますか？(父 母 祖父 祖母 他)	はい	いいえ
ご家族に乳癌にかかったことのある方はいますか？(母 祖母 姉妹 おば)	はい	いいえ
その中で、50歳以下でかかった方はいますか？(母 祖母 姉妹 おば)	はい	いいえ
排便習慣を教えてください 快便 軟便 下痢 1日 回～ 回		
便秘 1回/ 日 下剤を飲む		

チェックシート					
① 頭の片隅に起こる	はい	いいえ	④ 頭痛が起こると吐き気・嘔吐	はい	いいえ
② ズキンズキンと拍動性の痛み	はい	いいえ	⑤ 光・音に敏感になる	はい	いいえ
③ 我慢できない・仕事等に支障	はい	いいえ	⑥ 体を動かすと痛みが悪化	はい	いいえ
⑦ 頭痛の前にピカピカしたり、文字が見えにくくなることはありますか	はい	いいえ			
⑧ 頭痛の頻度は、月に くらい。また、どんな時が多いですか					

月経移動をされる方 ①② をご記入ください

緊急避妊ピルを希望の方 ①③ をご記入ください

① あなたの月経周期について質問です。 月経パターンを教えてください。

月経周期とは、月経の初日から次の月経までの期間のことです。

正常の月経周期は 25~38日 です。ずれても 6日以内です。

◆ **月経周期は？（とても大切です）**

- いつも、 日ごとに必ず来る。ずれても1~2日ぐらい。  
 早い時は 日ぐらい / 遅い時は 日ぐらい  
 全くわからない。

◆ **最近あった月経の日を教えてください**

- ①一番最近の月経はいつからですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日~  
②1回前 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日~  
③2回前 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日~  
④次の月経予定日はいつごろですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 / わからない

② 月経移動を希望される方へ

- ◆ **月経を避けたい日は** ① \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで  
② \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日まで

- ◆ 月経移動の目的はなんですか？ 海外旅行 国内旅行 試験 イベント 他  
◆ 以前にホルモン剤を飲んだことがありますか？ はい いいえ  
◆ 副作用はありましたか？ あり なし

③ 緊急避妊ピルを希望される方へ

当院ではレボノル錠を処方します。 費用は8,800円（税込み）です。

緊急避妊ピルは、排卵を遅らせ、精子と卵子が会う機会を妨げます。

避妊に失敗してから **72時間以内**に服用が必要です。

- ◆ 避妊に失敗したのはいつですか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 午前 \_\_\_\_\_ 午後 \_\_\_\_\_ 時頃  
◆ 失敗した状況は？  
コンドームを使用していない / コンドームのトラブル / ピルののみ忘れ 他  
◆ 引き続き排卵を抑制するため、避妊用の低用量ピルを使用することをお勧めします。  
本日低用量ピルを希望されますか？

はい いいえ 考慮中 他