

フリウエル配合錠「サワイ」 初回処方時 問診チェックシート

記入日：20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

氏名：_____

年齢：_____ 歳

身長：_____ cm

体重：_____ kg

血圧：_____ / _____ mmHg

以下の質問をお読みいただき、あてはまる項目のチェックまたはご記入をお願いします。

1	最後に月経があったのはいつですか？	20 ____ 年 ____ 月 ____ 日から ____ 日間
2	不正性器出血(月経と違う時期におきる出血)がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	喫煙しますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、喫煙本数はどれくらいですか？	1日()本
6	激しい頭痛や片頭痛がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、その頭痛の前触れとして、目がチカチカしたり、かすんだりすることがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	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、手足に力がはいらぬい・麻痺、舌のもつれ、目のかすみなどがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	以下の病気にかかったことがありますか？（「はい」の場合、該当するものにチェックしてください）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常（高脂血症） <input type="checkbox"/> 血栓症（静脈血栓症・肺塞栓症）	
	<input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患（心筋梗塞等） <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群	
	<input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん（子宮頸がん・子宮体がん） <input type="checkbox"/> 耳硬化症	
	<input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 肝腫瘍 <input type="checkbox"/> C型肝炎	
9	以下の病気にかかったことがありますか？（「はい」の場合、該当するものにチェックしてください）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	<input type="checkbox"/> ポルフィリン症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病	
	<input type="checkbox"/> その他(病名： _____)	
10	血栓性素因がある(血栓症を起こしやすくなっている状態)といわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？ または、今後4週間以内に手術の予定がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	産後4週間以内ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	現在、医師から「長期間安静」の指示を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	乳房にしこりのようなものがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	妊娠中に、黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスを発症したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、それは何というお薬やサプリメントですか？(_____)	
19	今までに経口避妊薬または月経困難症治療剤を服用した経験はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、それは何というお薬ですか？(_____)	
20	今までにお薬を使用してアレルギー症状(じんましん等)が現れたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合、それは何というお薬で起こりましたか？(_____)	
21	妊娠を希望していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

その他、心配なことや知りたいことなどがありましたらご記入ください。