ピル・HRT 問診票

名前（　　）　　年令（　　）歳

ピル服用経験　　なし□・あり□（種類、時期　　）

１．妊娠している可能性はありますか	はい□　いいえ□
２．現在授乳中ですか	はい□　いいえ□
３．喫煙しますか	はい□　いいえ□
はい（喫煙する）とお答えの方にお尋ねします	喫煙年数　（　　）年
	喫煙本数１日（　　）本
４．高血圧といわれたことがあります	はい□　いいえ□
５．血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管系疾患にかかったことがありますか	はい□　いいえ□
６．過去２週間以内に大きな手術を受けましたか、また今後４週間以内に手術の予定がありますか？	はい□　いいえ□
７．脂質代謝異常（高脂血症）といわれたことがありますか	はい□　いいえ□
８．激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか	はい□　いいえ□
９．不正性器出血がありますか	はい□　いいえ□
10．乳がんや子宮がんと診断されたことがありますか	はい□　いいえ□
11．糖尿病といわれたことがありますか	はい□　いいえ□
12．胆道疾患や肝障害と診断されたことがありますか	はい□　いいえ□
13．現在服用中の薬剤やサプリメントがありますか	はい□　いいえ□
はいとお答えのかたは種類をお書き下さい（　　）	
14．体重（　　）ｋｇ　身長（　　）ｃｍ	