

## ピル処方 再診チェックシート

お名前 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

●本日マイナ保険証で受付された方は同意した項目に  
チェックをいれてください。

薬剤情報     特定健診情報     どちらも

同意しない

●住所、電話番号に変更がある場合はお知らせ下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

●以下の質問にお答え下さい。

- ・血圧 ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍 \_\_\_\_\_ )
- ・体重 ( \_\_\_\_\_ Kg)
- ・最終月経日 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 )
- ・前回の休薬までは何日間連続して内服しましたか  
( \_\_\_\_\_ 日間)

・飲み忘れはありましたか (はい・いいえ)

・月経痛はありますか  
(すごく痛い・痛い・我慢できる程度・痛くない)

・鎮痛剤はのみますか (はい・ \_\_\_\_\_ 回 \_\_\_\_\_ 日間・いいえ)

・出血量 (多い・減ってきている・少ない・ほぼない)

・不正出血はありますか (はい: \_\_\_\_\_ 日間・いいえ)

・血栓症状はありましたか (はい・いいえ)

症状がある方は該当するものに○印をつけてください

[ 突然の手足の痛み、腫れ、手足の脱力、まひ、突然の息切れ  
押しつぶされるような胸の痛み、激しい頭痛、舌のもつれ、  
突然の視力障害(見えにくいところがある、視野が狭くなる)  
激しい腹痛、息苦しさ ]

●その他ご質問・ご相談があればご記入ください。

[ \_\_\_\_\_ ]