

氏名		記入日： 年 月 日
年齢	歳	ピル服用経験： 有 ・ 無

安全に服用して頂くために下記の質問にお答え下さい。ご不明な点などございましたら医師にお聞き下さい。

1. 妊娠中または妊娠している可能性はありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
2. 現在授乳中ですか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
3. 喫煙しますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
喫煙されている場合は： 喫煙年数	( ) 年
喫煙本数	1日 ( ) 本
4. 高血圧と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
5. 血栓性静脈炎・肺塞栓（脚や肺の血管に血の固まりが出来た状態）、脳の血管または心臓の病気などにかかったことはありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
6. 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。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
7. コレステロール、中性脂肪などが高いと言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
8. 激しい頭痛・片頭痛や目がかすむことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
9. 不正性器出血がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
10. 乳癌や子宮癌と診断されたことはありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
11. 糖尿病と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
12. 肝臓・胆のう・胆道の病気と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
13. 現在服用中の薬・サプリメントがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
はいとお答えの方は薬の名前をご記入下さい：	