



低用量ピルをご希望の方へ

現時点では残念ながら、血栓症を起こす人、起こさない人を内服前に判断できる方法はありません。

大切なのは、

- 1) リスクのある方は内服を避けること(ヘビースモーカー、重度の糖尿病、高血圧、極度の肥満やヤセ)
- 2) 血栓にならないよう気を付けること
(長時間同じ姿勢を取らない、脱水にならないようにする、長距離移動するときには弾性ストッキングを着用し、こまめに席を立つようにする、など。)
- 3) 血栓の初期症状(下段に説明)を見逃さないこと

【気を付けたい血栓の初期症状】

- ・ 下肢(ふくらはぎ)の痛み、同部を握ると痛みが増す
- ・ 胸(乳房ではなく)の痛み、息苦しい感じ
- ・ 激しい頭痛、前触れ(まぶしい感じなど)の後に痛む
- ・ 視界、視野の異常、目のかすみ
- ・ 片側の痺れ、ろれつが回らない
- ・ 長く続く腹痛

以上の症状が出現した場合は、次回からの内服を中止し、早急にクリニックか救急に連絡し、ご自身が低用量ピルを内服していることを宣言してください。そして「主治医から注意されていた血栓の症状と似ている」とおっしゃってください。

低用量経口避妊薬 (OC) /低用量エストロゲン-プロゲステン配合薬 (LEP) 初回処方時間診チェックシート

記入日：西暦 20__年__月__日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

血圧 _____ / _____ mmHg (測定してお待ち下さい) BMI (_____ :こちらで計算します)

●最後に月経があったのはいつですか? H _____ 年 _____ 月 _____ 日 から _____ 日間

●不正性器出血がありますか? はい いいえ

●妊娠中または妊娠している可能性がありますか? はい いいえ

●現在授乳中ですか? はい いいえ

●喫煙しますか? はい いいえ

はい (喫煙する) とお答えの方にお尋ねします。 1日15本未満 1日15本以上

●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

はいとお答えの方に 前兆を伴わない 前兆 (目がチカチカする等) を伴う

●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、失神、目のかすみ、舌の
もつれなどがありますか? 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

「はい」の場合 病名は何ですか? (_____)

●今までに入院や手術などを要する大きな病気にかかったことがありますか?

はい いいえ

「はい」の場合 それは何の病気ですか? (_____)

●血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などと言われたことが
ありますか? はい いいえ

●高血圧と言われたことがありますか? はい いいえ

●糖尿病と言われたことがありますか? はい いいえ

●脂質代謝異常 (高脂血症) と言われたことがありますか? はい いいえ

●胆道疾患や肝障害と言われたことがありますか? はい いいえ

●子宮頸癌・体癌と言われたことがありますか? はい いいえ

●乳癌と言われたことがありますか? はい いいえ

●ポルフィリン症と言われたことがありますか? はい いいえ

●テタニーと言われたことがありますか? はい いいえ

●耳硬化症と言われたことがありますか? はい いいえ

●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、あるいは妊娠中毒症といわれたことがありますか?

はい いいえ

●現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか? はい いいえ

「はい」の場合 それは何というお薬ですか? (_____)

●今までに OC または LEP を服用した経験はありますか? はい いいえ

「はい」の場合 それは何というお薬ですか? (_____)

●今まで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?

はい いいえ

「はい」の場合 それは何というお薬ですか? (_____)

●過去2週間以内に大きな手術を受けましたか?今後4週間以内に手術の予定がありますか?

はい いいえ

●ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか? はい いいえ

●その他、自分の身体のこと、あるいはOCまたはLEPについて心配なことや何か知りたいことなど
がありましたらご記入ください。 (_____)