

経口避妊剤  
トリキュラー®錠21・28  
再診時チェックシート

記入日： 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_

年 齢： \_\_\_\_\_ 歳

身 長： \_\_\_\_\_ 体 重： \_\_\_\_\_

血 圧：収縮期 \_\_\_\_\_ / 拡張期 \_\_\_\_\_ mmHg

服薬シート数： \_\_\_\_\_ シート目 \_\_\_\_\_

最終月経開始日： \_\_\_\_\_ 月 日

喫煙本数： \_\_\_\_\_ 本/日

服用者携帯カード： 携帯している

主な血栓症の症状の有無

部位	症 状	症状
手足	突然の足の痛み・腫れ 手足の脱力・まひ	有・無 有・無
胸	突然の息切れ 押しつぶされるような胸の痛み	有・無 有・無
頭	激しい頭痛	有・無
口	舌のもつれ・しゃべりにくい	有・無
目	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)	有・無

その他所見

( )

バイエル薬品株式会社