

月経困難症治療剤 ヤーズ配合錠 処方時チェックシート

記入日: 年 月 日

お名前: _____

年齢: _____ 歳

身長: _____ cm 体重: _____ kg

血圧*: 上 _____ / 下 _____ mmHg

*定期的に測定しているなどわかればご記入下さい

<本チェックシートの目的>

このチェックシートは、本薬剤をあなたに処方しても問題ないかどうかを確認するためのものです。
安心して服用して頂くために、わからないことは医師等に質問して、正しい情報を記入して下さい。

1	脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管疾患またはその既往歴がありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	これまで血栓症*にかかったことがありますか? <small>*血栓症とは:血管内に血の塊(血栓)が詰まる疾患で、医療機関での早急な対応が必要です 静脈血栓症としては、深部静脈血栓症・肺塞栓症(いわゆるエコノミークラス症候群、ロングフライト症候群)などがあります</small>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	家族に血栓症を起こした方はいらっしゃいますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	激しい頭痛や片頭痛がありますか? ----- その頭痛の前触れとして、目がチカチカしたり、かすんだりしたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	喫煙しますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 現在の喫煙本数	()年 1日 ()本
6	高血圧といわれたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	抗リン脂質抗体症候群といわれたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	糖尿病といわれたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	脂質代謝異常(高脂血症)といわれたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	最近、生活や運動について制限されるなど、医師から「安静」の指示を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	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?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	産後4週以内ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	今までに経口避妊薬またはホルモン薬を服用して、過敏症状(呼吸困難、じんま疹、湿疹・発疹など)を経験したことがありますか? (服用していた薬剤名: _____)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	今までに乳がん、子宮体がん、子宮頸がんがあるといわれたことがありますか? ある場合は、該当するものにチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	肝障害や肝腫瘍と診断されたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	腎障害といわれたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	不正性器出血(月経とは異なる時期の出血)がありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	耳硬化症*といわれたことがありますか? <small>*中耳にある小さな骨が、振動できなくなり音を伝えられなくなる病気で、難聴の原因にもなります</small>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
19	妊娠中に黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスと診断されたことがありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	妊娠または授乳中ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	妊娠を希望していますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

<服用している薬剤について>

現在服用している薬剤はありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
はい(服用している薬剤あり)とお答えの方は薬剤名をご記入下さい	() () () ()

<その他気になることがあればご記入下さい>

月経(生理)チェックリスト

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前: _____

年 齢: _____ 歳

- 月経(生理)前、月経(生理)中にある症状について、わかる範囲で結構ですので記入して下さい。

月経(生理)スタート
0

強い/◎ 中位/○ 弱い/△

	月経(生理)前(日)														月経(生理)中/後(日)														月経(生理)時期に関係なくある	
	-14	-13	-12	-11	-10	-9	-8	-7	-6	-5	-4	-3	-2	-1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
下腹部痛																														
腰痛																														
むくみ																														
お腹・乳房の張り/痛み																														
はき気(嘔吐)																														
頭痛																														
疲労・脱力感																														
便秘																														
下痢																														
食欲不振(食欲の変化)																														
イライラ																														
憂うつ/落ち込む																														
怒りっぽい																														
肌荒れ																														
排便痛																														
性交痛																														
()																														
()																														
()																														
()																														
()																														

- 初めての月経(生理)は何歳ですか? ()歳
- 月経(生理)痛はいつから強くなりましたか? ・初経(初めての月経・生理)からずっと ・()歳ごろより
- 月経(生理)の経血に、血のかたまりがでますか? ・いつもでる ・ときどきでる ・ほとんどない
- 子宮にかかわる病気(子宮内膜症、子宮筋腫など)と診断されたことはありますか? あれば病名を記入して下さい。

- 今までに月経(生理)に関して他院を受診・治療したことはありますか? ・ある → 下記についてお答え下さい。
 - ・いつごろ受診・治療しましたか? ()年 ()月頃
 - ・何か検査をしましたか?
 - ・どんな治療をしましたか?
 - ・月経(生理)中に服用している薬剤はありますか?

- その他、気になることがあれば、下記に記入して下さい。