

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事（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事
 - ・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（下記に説明）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（乳房ではない）の痛み、息苦しい感じ
- ・ 視界、視野の異常、目のカスミ
- ・ 片側の痺れ、ろれつが回らない
- ・ 長く続く腹痛

以上の症状が現れ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告知してください。

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」とお伝えください。

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

記入日：西暦_____年____月____日

氏名：_____ 年齢：_____歳 身長：_____cm

体重：_____kg 血圧：_____/_____mmHg 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？ _____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
- 喫煙をしていますか？ はい いいえ
- 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
- 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、下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
- 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

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

- 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、なんというお薬ですか？ (_____)
- 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、なんというお薬ですか？ (_____)
- 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
- 過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？ はい いいえ
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。
(_____)