

## 低用量ピルに関する説明および同意書

当院では避妊以外にも月経困難症・月経前症候群・卵巣機能不全の治療として低用量ピルを処方しております。体型・体質・子宮・卵巣の検査をし、問題ない方のみに処方しております。

さらに3ヶ月ごとに問診・血圧・体重の測定をし、年に1回子宮癌検診および超音波検査を実施しております。安全には十分配慮しておりますが、一定の確率で重大な副作用が発生することがあります。その点を十分ご理解の上内服をさせていただきます。

なお初回処方時にお渡しする説明書は必ずお読みください。

- ① 一般的な副作用（頻度は比較的多いものの軽症で通常内服しているうちに消失します）

嘔気・頭痛・乳房緊満・不正出血 等

\*症状が強い時や長引くときは医師にご相談ください

- ② 重大な副作用（頻度は非常に少ないですが症状は時に重篤です）

血栓症・脳卒中・心臓発作 等

**血栓症**：低用量ピルを内服していると血が固まりやすくなり血栓ができることがあります。内服してない方と比べると約4倍のリスクです。（ただし妊娠中の方は約12倍のリスクがあります）

血栓がはがれて血管を詰まらせるのが塞栓症です。特に多いのが下肢の静脈血栓で初期症状として

**片方のふくらはぎの腫れ・痛み**

がでます。この時点ですぐに病院を受診いただければ大きな問題はありませんが、血栓がはがれて肺動脈を詰まらせるのが肺塞栓症です

**突然の呼吸困難・胸の痛み**

が起こり緊急の処置が必要となります

その他脳の血管などが詰まる可能性もあります

**激しい頭痛（悪化していく頭痛）・めまい・眼のかすみ・言語障害・手足のしびれ**

といった通常では感じたことのないような症状が出た際は速やかに受診させていただきます。リスクを減らすために喫煙者の方は必ず禁煙してください。

なお低用量ピルでの避妊効果は100%ではありません。ごくまれに妊娠することもあります。2回連続で偽薬中の出血がない場合は市販の妊娠反応検査薬でご確認ください。

上記内容を理解し、低用量ピルの内服に同意いたします

西暦 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

# 月経困難症治療剤 低容量ピル 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?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	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
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>