

月経困難症治療剤
ドロエチ® 配合錠「バイエル」

初回用 初回処方時チェックシート

【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。

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

あてはまる方に✓をご記入下さい

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？	☐ はい ☐ いいえ
2	これまで血栓症*にかかったことがありますか？ *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	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ
5	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。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？	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ いいえ
8	糖尿病といわれたことがありますか？	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ いいえ
12	産後4週以内ですか？	☐ はい ☐ 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： ）	☐ はい ☐ 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。 ☐ 乳がん ☐ 子宮体がん ☐ 子宮頸がん	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ いいえ
16	腎障害といわれたことがありますか？	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ いいえ
18	耳硬化症*といわれたことがありますか？ *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	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ いいえ
20	妊娠または授乳中ですか？	☐ はい ☐ いいえ
21	妊娠を希望していますか？	☐ はい ☐ 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？	☐ はい ☐ 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〕

月経困難症治療剤
ドロエチ®配合錠「バイエル」

再診用 再診時チェックシート

記入日： 年 月 日

お名前：

年 齢： 歳

身 長： cm 体 重： kg

血 圧*: 上 / 下 mmHg

服薬シート数： シート目

最終月経開始日： 年 月 日

喫煙本数： 本/日

患者携帯カード： ☐ 携帯している

*定期的に測定しているなどわかればご記入ください

■ 主な血栓症の症状の有無 あてはまる方に○をご記入下さい

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
胸	突然の息切れ 押しつぶされるような胸の痛み	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

■ 休薬期間中の症状の有無

下腹部痛・頭痛・乳房痛などがある	有 ・ 無
お腹が張ることがある	有 ・ 無
鎮痛剤を服用することがある	有 ・ 無

■ その他所見

2日以上飲み忘れることがある	有 ・ 無
胃腸が弱く、よくお腹をこわしたりする	有 ・ 無

[その他気になることがあればご記入下さい]