

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<br>手足の脱力・まひ           | 有・無<br>有・無 |
| 胸  | 突然の息切れ<br>押しつぶされるような胸の痛み         | 有・無<br>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<br>(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

|   |     |
|---|-----|
| 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 |
| 休薬期間に、頭痛やお腹の痛み・張り、<br>乳房痛などのマイナートラブルがある | 有・無 |

バイエル薬品株式会社