

月経困難症治療剤 **ルナベル[®]** 配合錠LD
ルナベル[®] 配合錠ULD

初回処方時・再診時 チェックシート

ノーベルファーマ株式会社

本資材は、ルナベル配合錠を使用する患者様が、
本剤を服用しても問題ないかを確認するための
ものです。

月経困難症治療剤 ルナベル® 配合錠
初回処方時チェックシート

このチェックシートは、あなたにルナベル配合錠を処方しても問題ないかを確認するためのものです。

記入日 年 月 日

お名前	年齢	身長	体重	血圧(上)	mmHg
	歳	cm	kg	(下)	mmHg
最終月経開始日		月	日		

1	これまでに、下記の病気にかかったことがありますか？ （「はい」とお答えの方は該当するものにチェックを入れてください。） <input type="checkbox"/> 血栓症（血栓性静脈炎、肺塞栓症など） <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	これまでに血栓性素因があるといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	家族（両親・兄弟姉妹）に血栓症にかかっ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	喫煙をしますか？ （「はい」とお答えの方は喫煙年数と現在の喫煙本数をお書きください。） 喫煙年数（ ）年 現在の喫煙本数 1日（ ）本	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	高血圧といわれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	糖尿病といわれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	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
9	脂質代謝異常（脂質異常症または高脂血症）といわれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	最近、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（30分を超える手術や入院が必要な手術）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	現在、産後4週間以内ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	これまでに経口避妊薬または性ホルモン薬（月経困難症の薬、子宮内膜症の薬など）を服用して、 過敏症（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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	これまでに、下記の病気があるといわれたことがありますか？ （「はい」とお答えの方は該当するものにチェックを入れてください。） <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん（子宮内膜がん） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	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
16	肝障害や肝腫瘍といわれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
17	耳硬化症といわれていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	妊娠中に黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスを発症したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
19	現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	現在、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	現在、妊娠を希望していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
22	現在、服用しているお薬はありますか？ 「はい」とお答えの方は薬剤名をお書きください。（ ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

その他、気になることがあれば、ご記入ください。



月経困難症治療剤 **ルナベル**® 配合錠
再診時チェックシート

このチェックシートは、あなたがルナベル配合錠の服用を続けても問題ないかを確認するためのものです。

記入日 年 月 日

お名前	年齢	身長	体重	血圧(上)	mmHg
	歳	cm	kg	(下)	mmHg
最終月経開始日		月	日		

前回の受診時から本日までについて、以下の該当する項目にチェックを入れてください。

1	お薬の飲み忘れがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	喫煙をしていますか？ 「はい」とお答えの方にお尋ねします。 現在の喫煙本数 1日 () 本	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	お薬を飲んでいる期間（休薬期間以外）に性器出血はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	突然の足の痛みや腫れがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	突然の息切れや胸の痛みがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	激しい頭痛がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	舌がもつれたり、しゃべりにくいことがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	突然見えにくいところがあったり、視野が狭くなることがありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※次回の受診時まで上記4～8のような症状があらわれた場合は、すぐに飲むのをやめて救急医療機関を受診してください。

ご自身の月経痛について教えてください。

月経痛は前回受診時と比べて	<input type="checkbox"/> 楽になった	<input type="checkbox"/> 変わらない	<input type="checkbox"/> ひどくなった
---------------	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

その他、気になることがあれば、ご記入ください。