



激素避孕自我篩查問題 (請病人自行填寫)

病人注意事項：如果你想自行激素避孕，請先打印及填寫這份問卷，然後交給你的藥房。為了確保你能取得這項服務，你不妨先向你的藥房確認時間。你也可以從參與的藥房索取此表格。

病人名字：_____ 日期：_____

負責審查的藥劑師：_____ 日期：_____

1	你末次月經開始的日期？	/ /	
2	你是否服用過避孕藥、使用過避孕貼片、避孕環或注射過避孕針？ (如果“否”，直接跳至第3題)	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
	你是否因接受激素避孕法出現過不良反應？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
	你是否正在服用避孕藥、使用避孕貼片、避孕環或注射避孕針？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
3	你是否被醫生告知過不要服用激素類藥物？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
4	你是否吸煙？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
5	你是否認為你正在懷孕？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
6	你是否在過去 6 週內有過生產史？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
7	你是否正在哺乳未足 1 個月的新生兒？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
8	你是否有糖尿病？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
9	你是否患有過偏頭痛或其他因劇烈頭痛引起的胃部不適、視力減退、畏光或出現麻木感？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
10	你是否患有高血壓或高膽固醇血症？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
11	你既往是否患有心臟病、中風或被告知有其他心臟疾病？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
12	你既往是否於下肢或肺臟內查出過血凝塊？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
13	你是否被醫生告知過有於下肢或肺臟內出現血凝塊的高風險？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
14	你是否接受過減肥手術或縮胃手術治療？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
15	你近期內是否接受過大手術或將于 4 週內接受手術治療？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
16	你是否患有或既往患過乳腺癌？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
17	你是否患有或既往患過肝炎、肝臟疾病、肝癌、膽囊疾病或出現黃疸（皮膚或眼睛黃染）？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
18	你是否患有狼瘡病、類風濕性關節炎及其他血液系統疾病？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
19	你是否有接受癲癇、結核病、真菌感染或愛滋病的藥物治療？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
	如果有，請列舉:		
20	你是否患有其他疾病或有長期接受藥物治療史？	是 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
	如果有，請列舉:		