



### 환자가 기입하는 호르몬 피임법 자기보고식 선별검사 질문지

환자에게 알림: 귀하께서 자기관리식 호르몬 피임법을 원하신다면, 이 질문지를 인쇄하여 작성을 완료하셔서 귀하의 약국에 보내주십시오. 그 전에 먼저 해당 약국이 현재 이 서비스의 제공이 가능한지 전화로 확인하시기 바랍니다. 서비스를 제공하는 약국에서 이 양식을 구하실 수도 있습니다.

환자 이름: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

심사 약사: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

1	마지막 생리 시작일은 언제입니까?	/ /	
2	피임약을 복용하거나 피임패치, 피임링을 사용하거나 피임주사/인젝션을 맞으신 적 있습니까? (아니오라면, 3번 질문으로 이동)	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
	호르몬 피임법 사용중에 심한 부작용을 경험하신 적 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
	현재 피임약을 복용하거나 피임패치, 피임링을 사용하거나 피임주사 /인젝션으로 피임 중이십니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
3	의료진으로부터 호르몬약을 복용하지 말라는 권고를 들으신 적 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
4	담배를 피우십니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
5	현재 임신중일 수 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
6	최근 6주 이내에 출산을 하신 적이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
7	현재 생후 1개월 미만의 신생아를 모유수유중이십니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
8	당뇨병이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
9	편두통이 있거나, 또는 심한 두통으로 구토, 시력 장애를 경험하거나, 밝은 곳에 있기 힘들거나, 미비증세가 나타나십니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
10	고혈압, 하이퍼텐션, 고콜레스테롤입니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
11	심장발작, 심장마비를 경험하신 적 있거나, 심장질환이 있다는 진단을 받으신 적 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
12	다리나 폐에 혈전아 생긴 적 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
13	의료진으로부터 다리나 폐에 혈전생길 위험성이 높다는 진단을 받으신 적이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
14	비만 수술 즉 위축소 수술 받으신 경험이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
15	최근 중요 수술을 받으신 적 있거나 지금부터 4주 이내에 수술을 받으실 예정이십니까 ?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
16	현재 유방암 환자이거나 유방암을 앓았던 적 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
17	현재 간염, 간질환, 간암 또는 담낭 질환 환자이거나 해당 질환의 환자이었던 적이거나, 황달 증세가 있습니까(노란색 피부 또는 눈)?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
18	루푸스, 류머티스성 관절염, 또는 다른 활 질환이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
19	발작, 폐렴(B), 진균감염, 에이즈 바이러스(IV) 약을 복용중이십니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
	예라면 여기에 목록을 기입하십시오:	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
20	다른 의학적 문제가 있거나 정기적으로 복용하는 약이 있습니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>
	예라면 여기에 목록을 기입하십시오:		