

OC問診チェックシート

記入日： 年 月 日

氏名：

年齢： 歳

ピル服用経験： 無 有（種類： ）

服用目的： 避妊 PMS その他（ ）

① 妊娠中または妊娠している可能性がありますか。 はい いいえ

② 現在授乳中ですか。 はい いいえ

③ 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：[]年 / 喫煙本数1日：[]本

④ 高血圧と言われたことがありますか。 はい いいえ

⑤ 血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心弁膜症などの心血管系疾患またはその既往がありますか。 はい いいえ

⑥ 最近大きな手術をしたことがありますか、またその予定はありますか。 はい いいえ

⑦ 脂質代謝異常(高脂血症等)と言われたことがありますか。 はい いいえ

⑧ 片頭痛や激しい頭痛がありますか。 はい いいえ

⑨ ⑧ではいとお答えの方、その時目がかすんだり、前兆(閃輝暗点、星型閃光など)がありますか。 はい いいえ

⑩ 性器の不正出血がありますか。 はい いいえ

⑪ 乳癌や子宮癌と診断されたことはありますか。 はい いいえ

⑫ 糖尿病と言われたことがありますか。 はい いいえ

⑬ 胆道疾患や肝障害と診断されたことはありますか。 はい いいえ

⑭ 現在服用中の薬剤やサプリメントはありますか。 はい いいえ

はいとお答えの方は[]内に記入してください。 []

⑮ 家族に高血圧や心血管障害、乳癌と診断された方はいますか。 はい いいえ