希咲クリニック
婦人科 乳腺外科 産科

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	激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか。	はい□ いいえ□
⑨	性器の不正出血がありますか。	はい□ いいえ□
⑩	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□
⑪	糖尿病と言われたことがありますか。	はい□ いいえ□
⑫	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□
⑬	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。	[_____]
⑭	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□