

OC問診チェックシート

記入日： _____年 _____月 _____日

氏名： _____

年齢： _____歳 OC服用経験： 有 無

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つたり、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