

OC初回問診チェックシート

記入日: 年 月 日

氏名		体重 kg	血圧 / mmHg
年齢	歳	OC服用経験	有・無 (年 ヶ月位)

※以下、□にチェック、または()をご記入ください

- 現在OCを服用することに不安はありますか? ⇒ ない ある (不安内容を以下にお示しください)
 - 毎日忘れずに飲めるか お金が高くないか 太らないか
 - ホルモン剤だから 乳がん・子宮がんにならないか 将来、妊娠できなくなるのでは
 - その他 ()

- 低用量ピルを服用しようとしたきっかけは何ですか?
 - 自分の意思で 先生からの薦めで 周りの人の薦めで
 - その他 ()

- 低容量ピルの服用目的は? [複数回答可]
 - 避妊 月経痛の改善 月経不順の改善 子宮内膜症の改善
 - 過多月経・貧血の治療 更年期障害の治療 月経前緊張症 にきびの治療
 - 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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
2. 現在、授乳中ですか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
3. 喫煙しますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
5. 血栓性動脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
6. 過去2週間以内に大きな手術を受けましたか、または今後4週間以内に手術の予定はありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
8. 激しい頭痛や偏頭痛があったり、目がかすむことがありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
9. 性器の不正出血がありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
10. 乳がんや子宮がんと診断されたことはありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
11. 糖尿病と言われたことがありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
12. 胆嚢疾患や肝障害と診断されたことがありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
13. 現在服用中の薬剤やサプリメントがありますか?	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
はいとお答えの方は () に記入してください。 ()		