

OC 初回問診チェックシート

記入日： 年 月 日

氏名		体重 Kg	血压 /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。

1. 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ない
- その他 ()

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

3. 低用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 にきびの改善
- その他 ()

1. 妊娠中または新進している可能性がありましたか？	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 年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はありますか？	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"/>
13で「はい」とお答えの方は()に記入して下さい。()	