

# 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 <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. 血栓性静脈炎、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がありますか。	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. 激しい頭痛や片頭痛があったり、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. 乳癌や子宮癌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"/>
はいとお答えの方は( )内に記入してください。( )		