

## OC・LEP初回問診チェックシート

記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日      氏名: \_\_\_\_\_

**【必ず記入して下さい】→今回のピルの内服で避妊を兼ねますか？**

(避妊効果を希望するか否かにより、ピルの種類が変わるため、現在の希望を記入してください)

はい 避妊効果のあるピルを希望します      いいえ ピルでの避妊は希望しません

1	今までに経口避妊薬(OC)、月経困難症治療剤(LEP)を服用したことはありますか？ 「はい」の場合は薬名・内服時期・期間を記入して下さい {薬名: _____ 時期: _____ 期間: _____ }	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	妊娠中または妊娠している可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	喫煙をしますか？      「はい」の場合→喫煙本数 1日 約 _____ 本	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	現在、医師の治療を受けていますか？ 「はい」の場合は病名・内服薬を記入して下さい {病名: _____ 内服薬: _____ }	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	以下の病気と言われた事がある方はチェックをいれて下さい <input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 冠動脈疾患 <input type="checkbox"/> 肺塞栓症 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 耳硬化症 <input type="checkbox"/> テタニー <input type="checkbox"/> ポルフィリン症 <input type="checkbox"/> クローン病 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> 胆のう疾患	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	妊娠中に「妊娠高血圧症候群」と言われた事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	現在内服薬(サプリメントを含める)はありますか？ 「はい」の場合は薬名を記入して下さい { _____ }	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	薬でアレルギー症状が出たことはありますか？ 「はい」の場合は薬名を記入して下さい { _____ }	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	過去2週間以内に手術を受けましたか？(歯科での抜歯を含める) または今後4週間以内に手術の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	ご家族に血栓症にかかったことがある方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	ご家族に乳がんにかかったことがある方はいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	片頭痛と診断されたことはありますか？ 「はい」の場合、前兆(閃輝性暗点 星型閃光など)のある片頭痛ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 前兆は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし