

血圧： / mmHg

体重： Kg

OC 問診チェックシート

ID:

氏名	↓ 服用経験ありの方： お薬名をご記入ください		
年齢	歳	OC 服用経験	有 ・ 無 (OC=低用量ピル)
1. 現在授乳中ですか。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
2. 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
3. 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"/>	
4. 血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、抗リン脂質抗体症候群、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"/>	
5. 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"/>	
6. 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"/>	
7. 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"/>	
はいとお答えの方にお尋ねします。 頭痛の前にギザギザした光が見えたり、光がまぶしく感じたりしますか。		はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
8. 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"/>	
9. 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"/>	
10. 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"/>	
11. 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。 ()			