OC 問診チェックシート

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☐　いいえ☐
2. 喫煙しますか。	はい☐　いいえ☐
はい（喫煙する）とお答えの方にお尋ねします。　喫煙年数 喫煙本数	（　　）年 1日（　　）本
3. 高血圧と言われたことがありますか。	はい☐　いいえ☐
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☐　いいえ☐
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☐　いいえ☐
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☐　いいえ☐
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☐　いいえ☐
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☐　いいえ☐
8. 乳癌や子宮癌と診断されたことはありますか。	はい☐　いいえ☐
9. 糖尿病と言われたことがありますか。	はい☐　いいえ☐
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☐　いいえ☐
11. 現在服用中の薬剤やサプリメントがありますか。	はい☐　いいえ☐
はいとお答えの方は（　）内に記入してください。　（　　）	