

OC・LEP 初回処方時 問診チェックシート

記入日：西暦 20__年__月__日

氏名_____ 年齢__歳 身長_____cm 体重_____kg

血圧_____/____mmHg (測定してお待ち下さい) BMI (_____:こちらで計算します)

- 最後に月経があったのはいつですか？ 西暦 20__年__月__日から__日間
- 不正性器出血がありますか？ はい いいえ
- 妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ はい いいえ
- 現在授乳中ですか？ はい いいえ
- 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 1日__本
- 激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか？ はい いいえ
「はい」と答えた方に 前兆を伴わない 前兆(目がかすむ等)を伴う
- 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、下のもつれなどありますか？ はい いいえ
- 現在、医師の治療を受けていますか？ はい いいえ
「はいの場合 病名は何ですか？ (_____)
- 今までに入院や手術などを要する大きな病気にかかったことがありますか？ はい いいえ
「はい」の場合それは何の病気ですか？ (_____)
- 以下の病気といわれたことがありますか？
深部静脈血栓、肺塞栓症、SLE、抗リン脂質抗体症候群、血栓性素因、脳血管障害、
冠動脈疾患、心臓弁膜症、不整脈、腎機能障害、高血圧、糖尿病、脂質代謝異常(高脂血症)、
肝機能障害・肝腫瘍、胆嚢疾患、子宮頸がん、子宮体がん、乳がん、ポルフィリン症、
てんかん、テタニー、クローン病、潰瘍性大腸炎
- 流産・死産を繰り返したことがありますか？ はい いいえ
- 妊娠中に妊娠高血圧症候群、あるいは妊娠中毒症といわれたことがありますか？ はい いいえ
- 現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか？ はい いいえ
「はい」の場合それは何というお薬ですか？ (_____)
- 今までに OC または LEP を服用した経験はありますか？ はい いいえ
「はい」の場合それは何というお薬ですか？ (_____)
- 今まで薬を使用してアレルギー症状(じんましん等)が現れたことがありますか？ はい いいえ
「はい」の場合それは何というお薬ですか？ (_____)
- 過去 2 週間以内に大きな手術を受けましたか？今後 4 週間以内に手術の予定がありますか？ はい いいえ
- ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか？ はい いいえ
- ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか？ はい いいえ
- その他、自分の身体のこと、あるいは OC または LEP について心配なことや何か知りたいことなどがありましたら
ご記入ください (_____)