

OC 初回処方時間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

01. 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"/>
02. 現在授乳中ですか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
03. 喫煙してますか？	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	
04. 高血圧といわれたことがありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
05. 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"/>
06. 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"/>
07. 脂質代謝以上(高脂血症)といわれた事がありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
08. 激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむ事がありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
09. 不正性器出血がありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
10. 乳がんや子宮がんと診断された事がありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
11. 糖尿病といわれた事がありますか？	はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>
12. 胆道疾患や肝障害と診断された事がありますか？	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、下記に記入してください。