

## OC初回処方時 問診チェックシート

記入日:

ID:

お名前	身長	体重	BMI
	cm	kg	
年齢	OC服用経験		
歳	有 ・ 無		

1	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
2	現在授乳中ですか。	はい	いいえ
3	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	年
		喫煙本数	本/日
4	高血圧と言われたことがありますか。	はい	いいえ
5	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	いいえ
6	過去2週間以内に大きな手術を受けましたか。	はい	いいえ
	または今後4週間以内に手術の予定がありますか。		
7	脂質代謝異常(高脂血症)と言われたことがありますか。	はい	いいえ
8	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
9	不正性器出血がありますか。	はい	いいえ
10	乳がんや子宮がんと診断されたことはありますか。	はい	いいえ
11	糖尿病と言われたことがありますか。	はい	いいえ
12	胆道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
13	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
	薬剤やサプリメントの種類をご記入ください。		

ありがとうございました。ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。