

OC問診
チェックシート

OC Check Sheet

記入日 [] 年 [] 月 [] 日

氏名 []

年齢 [] 歳 OC服用経験： 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 今すぐにでも妊娠を希望されますか。 はい いいえ

③ 現在授乳中ですか。 はい いいえ

④ 喫煙しますか。 はい いいえ

はい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

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 乳癌や子宮癌（疑いも含む）と診断されたことはありますか。 はい いいえ

⑦ 性器の不正出血がありますか。 はい いいえ

⑧ 4週間以内に大きな手術を受ける予定がありますか。 はい いいえ

⑨ 高血圧と言われたことがありますか。 はい いいえ

⑩ 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

⑪ 糖尿病と言われたことがありますか。 はい いいえ

⑫ 毎日決まった時間に薬を飲むのは苦手ですか。 はい いいえ

⑬ 現在定期的に服用中の薬剤はありますか。 はい いいえ

はいとお答えの方は [] 内にご記入ください。

[]