初回処方時問診チェックシート

枠線内にご記入ください

記入日：西暦　20　　年　　月　　日

お名前：

年　齢：　　歳　　身　長：　　cm　　体　重：　　kg

血　圧：　　／　　mmHg（測定してお待ちください）

BMI：

以下の質問をお読みいただき、あてはまる項目のチェックまたはご記載をお願いします
（わからないことがありましたら、医師等に質問して、正しい情報をご記載ください）

1	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		
2	不正性器出血がありますか？	☐ はい	☐ いいえ
3	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
4	現在授乳中ですか？	☐ はい	☐ いいえ
5	喫煙しますか？	☐ はい	☐ いいえ
	「はい」の場合　1日　　本		
6	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」の場合　☐ 前兆を伴わない　☐ 前兆（目がチカチカする等）を伴う		
7	ふくらはぎの痛み、むくみ、突然の息切れ、胸のいたみ、激しい頭痛、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？	☐ はい	☐ いいえ
8	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？（　　）		
9	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？（　　）		
10	以下の病気と言われたことがありますか？		
	☐ 深部静脈血栓症　☐ 肺塞栓症　☐ 抗リン脂質抗体症候群 ☐ 脳血管障害　☐ 冠動脈疾患　☐ 心臓弁膜症 ☐ 高血圧　☐ 糖尿病　☐ 脂質代謝異常（高脂血症）　☐ 胆嚢疾患 ☐ 子宮頸癌　☐ 子宮体癌　☐ 乳癌 ☐ 耳硬化症　☐ 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		
11	流産・死産を繰り返したことがありますか？	☐ はい	☐ いいえ
12	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
13	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　それはなんというお薬ですか？（　　）		
14	今までに経口避妊薬（OC）または月経困難症治療剤（LEP）を服用した経験はありますか？	☐ はい	☐ いいえ
	「はい」の場合　それはなんというお薬ですか？（　　）		
15	今までお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　それはなんというお薬ですか？（　　）		
16	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
17	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
18	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

〔公益社団法人 日本産科婦人科学会：OC･LEPガイドライン2015年度版より改変〕