

OC問診チェックシート

ID:

記入日: _____

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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
2.現在授乳中ですか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
3.喫煙しますか。	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
4.高血圧と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
6.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"/>
7.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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
9.性器の不正出血がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
10.乳癌や子宮癌と診断されたことはありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
11.糖尿病と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
12.胆嚢疾患や肝障害と診断されたことはありますか。	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()内に記入してください。()	