

# 金山レディースクリニック

## OC問診チェックシート

(低容量ピル)

ご来院の時に受付にお出してください。

記入日

年

月

日

お名前			
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. 高血圧とい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、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）といわれたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
8. 激しい頭痛や偏頭痛があったり、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 ( ) 内に記入してください。( )	