

ID:

氏名 _____

問診日

低用量ピル（Oral Contraceptives:OC）問診表

OCの処方をご希望される方には問診表のご記入をお願いしております。

1. ピルを服用される目的は何ですか（ _____ ）
2. 今までにピルを服用したことがありますか はい いいえ
3. ピルもしくはホルモン剤を内服してアレルギー等出現したことがありますか はい いいえ
4. 妊娠中またはその可能性はありますか はい いいえ
5. 現在、授乳中ですか はい いいえ
6. 現在、何か治療中の病気がありますか はい いいえ
7. 子宮がん、乳がん、またはその他のがんと診断されたことがありますか はい いいえ
8. 喫煙しますか はい いいえ
(_____ 本/日)
9. 不正性器出血はありますか はい いいえ
10. 現在、内服しているお薬がありますか はい いいえ
11. 以下に該当する病気にかかったことがありますか

<input type="checkbox"/> 肝機能異常	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 喘息
<input type="checkbox"/> 脂質代謝異常（高脂血症など）		<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 静脈瘤
<input type="checkbox"/> 脳血管障害（脳梗塞など）	<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患（狭心症、心筋梗塞など）	
<input type="checkbox"/> 肺塞栓症	<input type="checkbox"/> 血栓性静脈炎	<input type="checkbox"/> 耳硬化症
<input type="checkbox"/> 自己免疫疾患（抗リン脂質抗体症候群など）	<input type="checkbox"/> てんかん	
<input type="checkbox"/> 甲状腺疾患		
12. 激しい頭痛、偏頭痛はありますか はい いいえ
13. なんらかの手術前4週間以内、または術後2週間以内ですか はい いいえ
14. 産後4週間以内ですか はい いいえ
15. ご家族に子宮がん・乳がん・血栓塞栓症の方がいらっしゃいますか はい いいえ
16. ピルの服用に関し、何か気にかかることがあればお書きください。