初回ＯＣ問診チェックシート

記入日　　年　　月　　日

氏名：　　年齢：　　才　身長：　　cm　体重：　　kg　BMI：

ピル服用経験（なし・あり→薬品名　　）※現在の体重を記入してください。トイレに体重計があります

１．最終生理日 西暦　　年　　月　　日（　　）日間	
２．妊娠中又は妊娠の可能性ありますか？	□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」とお答えの方　喫煙年数＿＿＿＿年　喫煙本数　１日＿＿＿本	□はい　□いいえ
５．今までお薬でアレルギー症状が現れたことがありますか？ 「はい」とお答えの方　薬名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	□はい　□いいえ
６．流産死産を繰り返したことがありますか？	□はい　□いいえ
７．妊娠中に妊娠高血圧症候群あるいは妊娠中毒症と言われたことがありますか？	□はい　□いいえ
８．性器の不正出血がありますか？	□はい　□いいえ
９．ふくらはぎの痛みむくみ、突然の息切れ胸の痛み、失神、舌のもつれがありますか？	□はい　□いいえ
１０．　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？ また前駆症状がありますか？	□はい　□いいえ □はい　□いいえ
１１．　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　□高脂血症　□胆嚢疾患 □子宮頚癌　□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	□はい　□いいえ
１２．上記以外に入院や手術など大きな病気にかかったことがありますか？ 「はい」とお答えの方　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 手術名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	□はい　□いいえ
１３．　現在医師の治療を受けていますか？ 「はい」とお答えの方　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	□はい　□いいえ
１４.今後４週間以内に手術の予定がありますか？	□はい　□いいえ
１５．現在内服中のお薬やサプリメントがありますか？ 「はい」とお答えの方　〔　　〕	□はい　□いいえ
１６．　ご家族に血栓症(脳梗塞・心筋梗塞)にかかったことがある方はいますか？ （祖父母まで）	□はい　□いいえ
１７.ご家族で乳癌にかかったことがある方はいますか？	□はい　□いいえ