



低用量経口避妊薬(OC) 問診チェックシート

	質問事項	はい	いいえ
1	年齢は 18 歳未満ですか		
2	年齢が 35 歳以上であり、かつ 1 日 15 本以上タバコを吸いますか		
3	以前に、他の経口避妊薬またはホルモン剤を服用した時に過敏症を経験したことがありますか		
4	乳房にしこりのようなものがありますか		
5	時々、性器出血がありますか		
6	ふくらはぎの痛み・むくみ・突然の息切れ、胸の痛み、激しい頭痛、めまい、失神、視力障害(目のかすみ)、舌のもつれなどがありますか		
7	以前に、血栓性静脈、肺血栓症、脳血管障害、冠動脈疾患にかかった事がありますか		
8	先天性血栓性素因があると言われた事がありますか		
9	次に該当するものがあると言われた事がありますか 抵リン脂質抗体症候群などの自己免疫疾患、悪性腫瘍、溶血性貧血(鎌状赤血球、サラセミアなど) 濃縮凝固製剤輸注、静脈瘤、高血症、糖尿病、高脂血症(脂質代謝異常)、脱水症、重症感染症		
10	流産を繰り返したことがありますか また、血小板減少症と言われたことがありますか		
11	妊娠をされたことがある方は、妊娠中に血圧が高いと言われたことがありますか		
12	妊娠をされたことがある方は、黄疸、持続的な痒み、妊娠ヘルペスがありましたか		
13	現在、妊娠中ですか、または妊娠されている可能性がありますか		
14	最近(1ヶ月以内に)出産されましたか、または、現在授乳されていますか		
15	心臓病や腎臓に障害があると言われた事がありますか		
16	糖尿病または耐糖能異常があると言われた事がありますか		
17	肝臓に障害があると言われた事がありますか		
18	時々、前兆を伴う片頭痛がありますか		
19	耳硬化症と言われたことがありますか		
20	大手術をされる予定があるか、最近されましたか		

上記の質問(No.1~20)で「はい」に印がある方には、ピルは処方できません

	質問事項	はい	いいえ
1	年齢は 40 歳以上ですか		
2	ご家族で乳癌と診断されたことのある方はいますか		
3	家族で血栓症にかかったことのある方はいますか		
4	てんかんと言われた事がありますか。また手足の痙攣など筋痙縮を経験された事がありますか		
5	ポルフィリン症と言われたことがありますか		
6	肥満であると言われたことがありますか		
7	前兆は伴わないが、時々片頭痛がありますか		
8	現在、医師の治療を受けていますか		
9	現在、お薬を服用されていますか		

上記の質問(No.1~9)で「はい」に印のある方は、医師と相談してください

ID: _____

氏名 _____

医療法人 オーク会
オーク住吉産婦人科
オークなんばレディースクリニック
オーク梅田レディースクリニック
オーク銀座レディースクリニック