

OC・LEP・プラノバル初回処方時間診チェックシート

OCとは…oral contraceptives (低用量ピル)

LEPとは…low dose estrogen progestin(ルナベル・ヤーズ)などのピル

記入日：西暦 20__年__月__日

氏名 _____ 年齢 歳 身長 cm 体重 kg
 血圧 / mmHg BMI (:こちらで計算します)

- ・最後に月経があったのはいつですか？ 西暦 20 年 月 日
- ・不正出血がありますか？ □はい □いいえ
- ・妊娠中または妊娠している可能性がありますか？ □はい □いいえ
- ・現在授乳中ですか？ □はい □いいえ
- ・喫煙しますか？ □はい □いいえ
 「はい」の場合…1日 本
- ・激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか？ □はい □いいえ
 「はい」の場合…□前兆を伴わない □前兆(目がチカチカする)を伴う
- ・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、失神、目のかすみ、舌のもつれなどがありますか？ □はい □いいえ
- ・現在医師の治療を受けていますか？ □はい □いいえ
 「はい」の場合 病名は何ですか？ ()
- ・今までに入院や手術などを要する大きな病気にかかったことはありますか？ □はい □いいえ
 「はい」の場合 それは何の病気ですか？ ()
- ・以下の病気と言われたことがありますか？該当の病気にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 深部静脈血栓症	<input type="checkbox"/> 肺塞栓症	<input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群	<input type="checkbox"/> テタニー
<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患	<input type="checkbox"/> 心臓弁膜症	<input type="checkbox"/> クローン病
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質代謝異常(高脂血症)	<input type="checkbox"/> 胆嚢疾患
<input type="checkbox"/> 子宮頸癌	<input type="checkbox"/> 子宮体癌	<input type="checkbox"/> 乳癌	<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎
<input type="checkbox"/> 耳硬化症	<input type="checkbox"/> ポルフィリン症	<input type="checkbox"/> てんかん	
- ・流産、死産を繰り返したことがありますか？ □はい □いいえ
- ・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
- ・現在、お薬やサプリメントを服用していますか？ □はい □いいえ
 「はい」の場合 それは何というお薬ですか？ ()
- ・今までにOCまたはLEPを服用した経験はありますか？ □はい □いいえ
 「はい」の場合 それは何というお薬ですか？ ()
- ・いままでお薬を使用してアレルギー症状(じんましん等)が現れたことがありますか？ □はい □いいえ
 「はい」の場合 それは何というお薬ですか？ ()
- ・過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？今後4週間以内に手術の予定はありますか？ □はい □いいえ
- ・ご家族に血栓症にかかったことのある方はいますか？ □はい □いいえ
- ・ご家族に乳癌にかかったことのある方はいますか？ □はい □いいえ
- ・その他、ご自身のお体のこと、あるいはOC・LEPについて心配なことや何か知りたいことなどございましたらご記入ください。