

低用量経口避妊薬（OC）/低用量エストロゲン・プロゲステン配合錠（LEP）初回使用時間診票

記入日 年 月 日	年齢 歳	身長 cm	体重 kg	血圧 / mmHg
お名前 ID :	最終月経開始日 月 日			

1	今までに経口避妊薬またはホルモン薬を服用して過敏症状（呼吸困難、じんましん、湿疹・発疹など）を経験したことがありますか？ 「はい」の方は、薬剤名をご記入ください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	今までに次の病気があると言われたことはありますか？ 「はい」の方は、該当するものにチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮体がん（子宮内膜がん） <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 血栓症（血栓性静脈炎、肺塞栓症など） <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"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質代謝異常（高脂血症） <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 肝障害・肝腫瘍 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群 <input type="checkbox"/> 耳硬化症 <input type="checkbox"/> 腎障害（※ヤーズ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	不正性器出血（月経とは異なる時期の出血）がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	喫煙をしますか？ 「はい」の方は、喫煙年数と現在の喫煙本数をご記入ください。 (喫煙年数： 年 / 1日の喫煙本数： 本)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	激しい頭痛や片頭痛がありますか？ 「はい」の方はお答えください。 その頭痛の前触れとして、目がチカチカしたり、かすんだりしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	過去2週間以内に大きな手術を受けましたか？ または、今後4週間以内に手術の予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	最近、医師から「安静」の指示を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	産後4週間以内ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	妊娠中または妊娠している可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10	授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
11	妊娠中に黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスを発症したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
12	現在使用しているお薬やサプリメントはありますか？ 「はい」の方は、薬剤名・商品名をご記入ください。 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ