

低用量経口避妊薬（OC）問診票
服用希望者向け質問項目

		はい	いいえ
1	年齢を記入してください。	満	歳
2	喫煙される方は1日の本数を記載してください。	1日	本
3	以前に、他の経口避妊薬又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	ご家族で乳がんと診断されたことのある方はいますか。		
5	乳房にしこりのようなものがありますか。		
6	性器出血がありますか。		
7	ふくらはぎのいたみ・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。		
8	以前に、血栓性静脈炎、肺血栓症、脳血管障害、冠動脈疾患にかかったことがありますか。		
9	先天性血栓性素因があると言われたことがありますか。		
10	ご家族で血栓症にかかったことのある方はいますか。		
11	次に該当するものがあると言われたことはありますか。 抗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（鎌状赤血球症、サラセミアなど）、濃縮凝固製剤輸注、静脈瘤、高血圧症、糖尿病、高脂血症（脂質代謝異常）、脱水症、重症感染症		
12	流死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はありますか。		
13	血圧が高いと言われたことがありますか。		
14	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。		
15	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。		
16	大手術をされる予定があるか、最近されましたか。		
17	現在、妊娠中ですか、又は妊娠している可能性がありますか。		
18	最近、お産をされましたか。		
19	現在、授乳をしていますか。		
20	心臓病や腎臓に障害があると言われたことがありますか。		
21	脂質代謝異常（高脂血症等）があると言われたことがありますか。		
22	糖尿病又は耐糖能異常があると言われたことがありますか。		
23	肝臓に障害があると言われたことがありますか。		
24	てんかんと言われたことがありますか。また、手足の痙攣などの筋痙縮を経験されたことがありますか。		
25	ポルフィリン症と言われたことがありますか。		
26	耳硬化症と言われたことがありますか。		
27	現在、医師の治療を受けていますか。		
28	現在、お薬を服用していますか。		
29	コンタクトレンズを使用していますか。		

年 月 日 氏名
