**OC/LEP服用時のチェックシート　　ロゴ・書体横組み**

**OC/LEP製剤を正しく使用していただくためのチェック表です。**

**OC/LEPは医師が処方する薬ですので、服用するときは婦人科・産婦人科の医師に相談しましょう。**

**記入日：　　　年　　　月　　　日　　　　氏名：**

**年齢：　　　　歳　　　　　　　　　　　　身長：　　　　㎝　　　　体重：　　　　㎏**

**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～　　　日間 |
| 不正性器出血がありますか？ | □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：１日　　　　本　　　　　　□いいえ |
| 激しい頭痛や扁頭痛、目がかすむことがありますか？ | □はい：（□目がチカチカする症状あり　□なし）  　　　　　　　　　　　　　　　　　□いいえ |
| 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：病名　　　　　　　　　　　□いいえ |
| 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がありますか？ | □はい：病名　　　　　　　　　　　□いいえ |
| 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　□脳血管障害  □抗リン脂質抗体症候群　□冠動脈疾患　□心臓弁膜症 □高血圧　□糖尿病　□乳癌　□胆嚢疾患　□子宮頚癌　□子宮体癌　□脂質代謝異常（高脂血症）　□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 |
| 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などを服用していますか？ | □はい：薬名　　　　　　　　　　□いいえ |
| 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 |
| 今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：薬名　　　　　　　　　　□いいえ |
| 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がありますか？ | □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 |
| ご家族に乳がんにかかったことのある方はいますか？ | □はい　　　□いいえ |
| その他、自分の身体のこと、あるいはOCまたはLEPについて心配なことや何か知りたいことなどがありましたらご記入ください。 |  |