

OC/LEP服用前のチェックシート

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、服用する時は産婦人科の医師に相談しましょう。

記入日：西暦 20 年 月 日	氏名	
年齢 歳	身長 cm	体重 kg
血圧 / mmHg (測定してお待ちください)	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 日から	日 日
不正性器出血がありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
妊娠中または妊娠している可能性がありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在授乳中ですか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫煙しますか？ 「はい」の場合 喫 日 本		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことがありますか？ 「はい」の場合 喫 <input type="checkbox"/> 前兆を伴わない <input type="checkbox"/> 前兆 (目がチカチカする等) を伴う		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在、医師の治療を受けていますか？ 「はい」の場合 喫 病名は何ですか？ ()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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」の場合 喫 それは何の病気ですか？ ()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
以下の病気と言われたことがありますか？		
<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"/> 心臓弁膜症	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病
<input type="checkbox"/> 子宮頸癌	<input type="checkbox"/> 子宮体癌	<input type="checkbox"/> 乳癌
<input type="checkbox"/> てんかん	<input type="checkbox"/> テタニー	<input type="checkbox"/> クロウン病
<input type="checkbox"/> 脳血管障害	<input type="checkbox"/> 脂質代謝異常(高脂血症)	<input type="checkbox"/> 冠動脈疾患
<input type="checkbox"/> 胆嚢疾患	<input type="checkbox"/> 耳硬化症	<input type="checkbox"/> ポルフィリン症
<input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎		
流産・死産を繰り返したことがありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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」の場合 喫 それは何というお薬ですか？ ()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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」の場合 喫 それは何というお薬ですか？ ()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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」の場合 喫 それは何というお薬ですか？ ()		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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。		

出典：日本産科婦人科学会 低用量経口避妊薬、低用量エストロゲン・プロゲステン配合薬ガイドライン 2015年度版

あなたの健康維持やライフプランを考えると、
OC/LEPを一つの選択肢として考えてみてください。