

低用量経口避妊薬（OC） 問診チェックシート例			
服用希望者向け質問事項			医師のチェック事項
質問事項	はい	いいえ	内容
1 年齢を記入してください。	満	歳	40歳以上は慎重投与、また、思春期前に該当する場合は禁忌
2 喫煙をされる方は1日の本数を記載して下さい。			35歳以上でかつ、1日15本以上は禁忌
3 以前に、他の経口避妊薬またはホルモン剤を服用したときに過敏症を経験したことがありますか。			禁忌への該当性の確認
4 ご家族で乳癌と診断されたことのある方はいますか。			慎重投与禁忌（乳癌）への該当性確認
5 乳房にしこりのようなものがありますか。			禁忌（乳癌）への該当性確認
6 性器出血がありますか。			禁忌（エストロゲン依存性腫瘍性器癌）への該当性の確認
7 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、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。			禁忌への該当性の確認
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。			禁忌への該当性の確認
9 先天性血栓症素因があると言われたことがありますか。			禁忌への該当性の確認
10 ご家族で血栓症にかかったことのある方はいますか。			慎重投与への該当性の確認
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			禁忌又は慎重投与（後天性血栓性素因）の該当性の確認
12 流産を繰り返したことがありますか。 また、血小板減少症といわれたことはありますか。			禁忌（抗リン脂質抗体症候群）への該当性の確認
13 血圧が高いと言われたことがありますか。			禁忌（中等度以上）、慎重投与（軽度）への該当性の確認
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。			禁忌（中等度以上）、慎重投与（軽度）への該当性の確認
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。			禁忌への該当性の確認
16 大手術をされる予定があるか、最近、されたましたか。			術前4週間、術後2週間は禁忌
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。			禁忌への該当性の確認
18 最近、お産をされましたか			分娩、妊娠中期流・早産後4週間は禁忌
19 現在、授乳をしていますか。			禁忌慎重投与への該当性の確認
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。			慎重投与への該当性の確認
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。			禁忌への該当性の確認
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。			慎重投与への該当性の確認
23 肝臓に障害があると言われたことがありますか。			禁忌（重篤）、慎重投与（軽度）への該当性の確認
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。			慎重投与への該当性の確認
25 ポルフィリン症と言われたことがありますか。			慎重投与への該当性の確認
26 耳硬化症といわれたことがありますか。			禁忌への該当性の確認
27 現在、医師の治療を受けていますか。			慎重投与への該当性の確認
28 現在、お薬を服用していますか。			併用薬等の確認
29 コンタクトレンズを使用していますか。			装着不具合に対する対応
			（その他）肥満している場合は、慎重投与