

初診用 LEP/OC 処方時チェックシート

記入日： 年 月 日

お名前：

年齢：

身長：

体重：

血圧*：

mmHg

*定期的に測定しているなどわかればご記入ください。

<本チェックシートの目的>
このチェックシートは、本薬剤をあなたに処方しても問題ないかどうかを確認するためのものです。
安心して服用して頂くために、わからないことは医師等に質問して、正しい情報を記載して下さい。

1	脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの血管疾患またはその既往歴がありますか？	□はい □いいえ
2	これまで血栓症*にかかったことがありますか？ <small>*血栓症とは、血管内に血の塊(血栓)が詰まる疾患で、医療機関での早急な対応が必要です 静脈血栓症としては、深部静脈血栓症・肺塞栓症(いわゆるエコノミークラス症候群、ロングフライト症候群)などがあります</small>	□はい □いいえ
3	家族に血栓症を起こした方はいらっしゃいますか？	□はい □いいえ
4	激しい頭痛や片頭痛がありますか？	□はい □いいえ
	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？	□はい □いいえ
5	喫煙しますか？ □はい □いいえ はい(喫煙する)とお答えの方にお尋ねします	()年 1日()本
6	高血圧といわれたことがありますか？	□はい □いいえ
7	糖尿病といわれたことがありますか？	□はい □いいえ
8	糖質代謝異常(高脂血症)といわれたことがありますか？	□はい □いいえ
9	最近、生活や運動について制限されるなど、医師から「安静」の指示を受けたことがありますか？	□はい □いいえ
10	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？	□はい □いいえ
11	産後4週以内ですか？	□はい □いいえ
12	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、じんま疹、湿疹・発疹など)を経験したことがありますか？ (服用している薬剤名：)	□はい □いいえ
13	今までの乳がん、子宮体がん、子宮頸がんがあるといわれたことがありますか？ ある場合は、該当するものにチェックを入れてください。 □乳がん □子宮体がん □子宮頸がん	□はい □いいえ
14	肝障害や肝腫瘍と診断されたことがありますか？	□はい □いいえ
15	腎障害といわれたことがありますか？	□はい □いいえ
16	不正性器出血(月経とは異なる時期に出血)がありますか？	□はい □いいえ
17	耳硬化症*といわれたことがありますか？ <small>*中耳にあるちいさな骨が、振動できなくなり音を伝えられなくなる病期で、難聴の原因にもなります。</small>	□はい □いいえ
18	妊娠中の黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスと診断されたことがありますか？	□はい □いいえ
19	妊娠または授乳中ですか？	□はい □いいえ
20	妊娠を希望しますか？	□はい □いいえ

<服用している薬剤について>

現在服用している薬剤はありますか？	□はい □いいえ
はい(服用している薬剤あり)とお答えの方は薬剤名をご記入下さい	

<その他記になることがあればご記入下さい>