



Questionnaire for Oral Contraceptive

	Question	Yes	No
1	Are you under 18 years old? 年齢は18歳未満ですか		
2	Are you over 35 years old who smoke more than 15 cigarettes per day? 年齢が35歳以上であり、かつ1日15本以上タバコを吸いますか		
3	Have you ever had hypersensitivity to any oral contraceptive pills? 以前に、他の経口避妊薬また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	Do you have a breast lump? 乳房にしこりのようなものがありますか		
5	Do you have abnormal genital bleeding? 時々、性器出血がありますか		
6	Do you feel or have the following symptoms? 以下の症状をおもちですか ふくらはぎの痛むくみ 突然の息切れ 胸の痛み 激しい頭痛 めまい 失神 calf pain / swelling / shortness of breath / breast pain / severe headache / vertigo / faint 視力障害 (目のかすみ) 舌のもつれ blurred vision / difficulty speaking		
7	Have you ever had a history of thrombophlebitis, pulmonary embolism, cerebrovascular or coronary arterial disease? 以前に、血栓性静脈、肺血栓症、脳血管障害、冠動脈疾患にかかった事がありますか		
8	Have you ever been said that you have a predisposition for thrombosis? 先天性血栓性素因があると言われた事がありますか		
9	Have you ever had a history of the following diseases? 次に該当するものがあると言われた事がありますか 自己免疫疾患 悪性腫瘍 溶血性貧血 (鎌状赤血球、サラセミアなど) autoimmune disease / malignant tumor / hemolytic anemia 濃縮凝固剤輸注 静脈瘤 高血圧 infusion of coagulation factors / varix / hypertension 糖尿病 高脂血症 (脂質代謝異常) 脱水症 重症感染症 diabetes / hyperlipidemia / hypohydration / serious infectious disease		
10	Have you ever repeated miscarriage or stillbirth? 流産を繰り返したことがありますか。 Have you ever been said that you have thrombocytopenia? また、血小板減少症と言われたことがありますか		
11	Have you ever had hypertension during pregnancy? 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		
12	Have you ever had jaundice, continuous itch, or gestational herpes during pregnancy? 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		
13	Are you pregnant? Or is there any possibility that you are pregnant? 妊娠中、または妊娠されている可能性がありますか		
14	Did you give birth within a month? Are you breastfeeding now? 1ヶ月以内に出産されましたか。また、現在授乳されていますか		
15	Have you ever had cardiac or kidney disease? 心臓病や腎臓に障害があると言われた事がありますか		
16	Have you ever had diabetes or abnormal glucose tolerance? 糖尿病または耐糖能異常があると言われた事がありますか		
17	Have you ever had liver disease? 肝臓に障害があると言われた事がありますか		
18	Do you have migraine with light sensitivity? 時々、前兆を伴う片頭痛がありますか		
19	Have you ever had otosclerosis? 耳硬化症と言われたことがありますか		
20	Do you have a plan to have a surgery? Have you recently had a surgery? 大手術をされる予定があるか、最近されましたか		

上記の質問 (No.1~20) で「はい」に印がある方には、ピルは処方できません

	Question	Yes	No
21	Are you over 40 years old? 年齢は40歳以上ですか		
22	Do you have a family history of breast cancer? ご家族で乳癌と診断されたことのある方はいますか		
23	Do you have a family history of thrombosis? 家族で血栓症にかかったことのある方はいますか		
24	Have you ever had epilepsy or muscle spasm? てんかんとされた事がありますか。また手足の痙攣など筋痙攣を経験された事がありますか		
25	Have you ever had porphyria? ポルフィリン症と言われたことがありますか		
26	Have you ever been diagnosed with obesity? 肥満であると言われたことがありますか		
27	Do you have migraine without light sensitivity? 前兆は伴わないが、時々片頭痛がありますか		
28	Are you presently under medical treatment by doctor or health care provider? 現在、医師の治療を受けていますか		
29	Are you presently taking any medications? 現在、お薬を服用されていますか		

上記の質問 (No.21~29) で「はい」に印のある方は、医師と相談してください

ID: _____

Name: _____

Oak Clinic, Group

We do have an interpretation service available for a fee. If you wish to have an interpreter, please ask the staff.



低用量経口避妊薬(OC) 問診チェックシート

	質問事項	はい	いいえ
1	年齢は 18 歳未満ですか		
2	年齢が 35 歳以上であり、かつ 1 日 15 本以上タバコを吸いますか		
3	以前に、他の経口避妊薬また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	乳房にしこりのようなものがありますか		
5	時々、性器出血がありますか		
6	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		
7	以前に、血栓性静脈、肺血栓症、脳血管障害、冠動脈疾患にかかった事がありますか		
8	先天性血栓性素因があると言われた事がありますか		
9	次に該当するものがあると言われた事がありますか 抵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、サラセミアなど) 濃縮凝固製剤輸注、静脈瘤、高血症、糖尿病、高脂血症(脂質代謝異常)、脱水症、重症感染症		
10	流産を繰り返したことがありますか また、血小板減少症と言われたことがありますか		
11	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		
12	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		
13	現在、妊娠中ですか、または妊娠されている可能性がありますか		
14	最近(1ヶ月以内に)出産されましたか、または、現在授乳されていますか		
15	心臓病や腎臓に障害があると言われた事がありますか		
16	糖尿病または耐糖能異常があると言われた事がありますか		
17	肝臓に障害があると言われた事がありますか		
18	時々、前兆を伴う片頭痛がありますか		
19	耳硬化症と言われたことがありますか		
20	大手術をされる予定があるか、最近されましたか		

上記の質問(No.1~20)で「はい」に印がある方には、ピルは処方できません

	質問事項	はい	いいえ
21	年齢は 40 歳以上ですか		
22	ご家族で乳癌と診断されたことのある方はいますか		
23	家族で血栓症にかかったことのある方はいますか		
24	てんかんと言われた事がありますか。また手足の痙攣など筋痙縮を経験された事がありますか		
25	ポルフィリン症と言われたことがありますか		
26	肥満であると言われたことがありますか		
27	前兆は伴わないが、時々片頭痛がありますか		
28	現在、医師の治療を受けていますか		
29	現在、お薬を服用されていますか		

上記の質問(No.21~29)で「はい」に印のある方は、医師と相談してください

ID: _____

氏名 _____

医療法人 オーク会
オーク住吉産婦人科
オーク梅田レディースクリニック
オーク銀座レディースクリニック