

## OC/LEP 再診時チェックリスト

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

身長： \_\_\_\_\_ c m      体重： \_\_\_\_\_ k g

血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

1.	最終月経開始日	年 月 日
2.	月経痛は軽くなっていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3.	過多月経はありませんか	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
4.	不正性器出血（月経以外の出血）がある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
5.	喫煙する	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」の場合	1 日 本
6.	過去 2 週間以内に手術を受けた、今後 4 週間以内に手術予定がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7.	現在の挙児希望がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8.	その他、気になる症状	

### 主な血栓症状の有無

部位	症状	症状
手足	突然の足の痛み・腫れ	有・無
	手足の脱力・まひ	有・無
胸	突然の息切れ	有・無
	押しつぶされるような胸の痛み	有・無
頭	激しい頭痛	有・無
口	口のもつれ・しゃべりにくい	有・無
目	突然の視力障害 (見えにくいところがある・視野が狭くなる)	有・無

\* 上記血栓症状の内容はしっかり記憶するか、内容を記載したカードを携帯してください。

\* 定期的に子宮癌検診、乳癌検診を受けてください。