

## OC服用中のチェックシート

※ご記入後は 看護師NS へお出してください。

日付 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

服用ピルシート名 \_\_\_\_\_

最終月経の始まりは 月 日から

今のシートの始まりは 月 日から

次のシートの始まりは 月 日から

最終検査日（子宮がん・エコー） 月 日

採 血 月 日

飲み忘れや飲み間違いは ある ・ ない

副作用は ある ・ ない

ご質問がありましたら下記へお書きください。

池下レディースクリニック銀座

## OC服用中のチェックシート

※ご記入後は 看護師NS へお出してください。

日付 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

服用ピルシート名 \_\_\_\_\_

最終月経の始まりは 月 日から

今のシートの始まりは 月 日から

次のシートの始まりは 月 日から

最終検査日（子宮がん・エコー） 月 日

採 血 月 日

飲み忘れや飲み間違いは ある ・ ない

副作用は ある ・ ない

ご質問がありましたら下記へお書きください。

池下レディースクリニック銀座