

ピルの服用に関する問診票

あかりクリニック

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____

お名前 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日()才 (既婚・未婚)

ご住所 _____ ご職業(_____)

TEL 自宅 _____ 携帯 _____ 希望連絡先(自宅・携帯・どちらでも)

ピル服用経験 (有・無) 有の場合 ピルの種類(_____) 内服期間(_____)

1	身長と体重を教えてください	身長	cm	体重	kg		
2	一番最近の生理が始まった日をご記入下さい	月	日から	日間			
3	生理の周期をご記入下さい	順・不順	日	周期			
4	今回ピルを希望される目的は何ですか あてはまるものに○をして下さい	避妊	月経前症候群(PMS)	生理痛	生理の量が多い	生理不順	ニキビ・肌荒れ
		緊急避妊	生理日の調整	更年期障害	治療	その他(_____)	
5	喫煙しますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	「はい」と答えられた方にお尋ねします	喫煙年数(_____ 年)	喫煙本数 (1日 _____ 本)				
6	今までに妊娠したことがありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	「はい」と答えられた方にお尋ねします	出産(_____ 回)	流産(_____ 回)	中絶(_____ 回)			
7	現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
8	現在、授乳中ですか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
9	高血圧と言われたことがありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
10	血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管系疾患またはその既往がありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
11	糖尿病と言われたことがありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
12	胆道疾患や肝障害と診断されたことがありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
13	脂質代謝異常(高脂血症等)と言われたことがありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
14	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がありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
15	激しい頭痛や、偏頭痛があったり、目がかすむことがありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
16	最近(半年以内に)生理以外の出血はありましたか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
17	婦人科を受診されたことはありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
18	乳ガンや子宮ガンと診断されたことはありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
19	クラミジア、ヘルペス等の性感染症と診断されたことはありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
20	現在、お薬やサプリメントなどを服用していますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	「はい」と答えられた方は()内に記入して下さい (_____)						
21	ご家族に心血管障害、血栓症、乳ガンと診断された方はいますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
22	今までお薬を使用してアレルギー症状(じんましん等)が現れたことがありますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	「はい」の場合、それは何というお薬ですか (_____)						
23	ピルをどのようにお知りになりましたか (○をして下さい)	当クリニックのHP	メディア(テレビ・雑誌等)	友達から聞いた	診察時	ピルパンフレット	
		インターネット	講演会等	個人輸入	その他(_____)		