

問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな お名前		昭和・平成 年 月 日生 歳
住所	〒() - ()	自宅TEL: 携帯TEL:

★次の質問にお答え下さい。

ID ()

質問事項	回答	
●これまでに緊急避妊薬（アフターピル）を服用したことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
●一番最近の生理が始まった日をご記入ください。 月 日から 日間		
●生理の周期をご記入ください。 順調・不順 日周期		
●最後に性交した日時をご記入ください。 月 日 時		
●最終の性交以前の性交日をご記入ください。 月 日		
その時、避妊はされましたか。あてはまるものに○をしてください。 避妊していない・コンドーム・ピル内服・避妊リング・その他 ()		
●現在、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
●現在服用中の薬剤やサプリメントはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『はい』とお答えの方は服用中の薬剤をご記入ください。()		
●お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
『はい』とお答えの方は薬剤名や食品名をご記入ください。()		
●胆道疾患や肝機能障害の診断を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
●心疾患や腎疾患、またはその既往がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※ その他 気になる事があれば、ご記入下さい。