ご記入日：　　年　　月　　日

問診票

赤坂とも内科

ふりがな		昭和・平成 年　　月　　日生　　歳
お名前		
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。	□ はい	□ 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。	□ はい	□ いいえ
● 現在服用中の薬剤やサプリメントはありますか。		
『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。	□ はい	□ 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。	□ はい	□ いいえ
● 心疾患や腎疾患、またはその既往がありますか。	□ はい	□ いいえ

※ その他　気になる事があれば、ご記入下さい。