

# 問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		昭和・平成
お名前		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
●身長と体重を教えてください。 身長 cm / 体重 kg	
●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
『はい』とお答えの方にお尋ねします。 ピルの種類 ( ) 内服期間 ( )	
●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	
●今回、ピルを希望される目的は何ですか。当てはまるものに○をしてください。 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 更年期障害 治療 その他 ( )	
●喫煙しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
『はい』とお答えの方にお尋ねします。 喫煙年数 ( ) 年 喫煙本数 (1日 本)	
●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
●現在、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●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
●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
●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
●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
●脂質代謝異常 (高脂血症など) と言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●手術をされる予定がある。または1年以内に手術を受けられましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすんだりすることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●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
●子宮がん検診を受けたことはありますか。 ( 年 月)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
●乳がんや子宮がん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
●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。 ( )	
●ご家族に心血管障害、血栓症、乳がんと診断された方はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ご家族のどなたが何のご病気をお持ちですか。 ( )	
●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。 ( )	

BP / mmHg