KYレディスクリニック　　産婦人科 問診票　　　　記入日：西暦20　　年　　月　　日

緊急避妊ピル用

フリガナ　　　　　　　　　　　　　　生年月日：　　　 年　　　月　　日　　　　歳

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　身長：　　　cm　 体重：　　　　 kg

住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

職業：　　　　　　　　　　　　　　　結婚歴：　未　・　既婚 ( 歳時)

１、本日、ご相談になりたい内容についてご記入下さい。

□緊急避妊ピルが欲しい。　　□先発品希望　　　□後発品(ジェネリック)希望

□緊急避妊ピルについて相談したい。

性交渉の日時(正確に) ：　　月　　日　AM・PM　　　　 時　　　頃

コンドーム使用：　有　・　無　　　　コンドーム破損：　有　・　無

２、月経についてご記入下さい。

初潮：　　　　歳

前回の生理の開始日はいつですか？：　　　　月　　　日

生理の周期は順調に来ますか？　　：　　　　はい　・　いいえ

どれくらいの周期ですか？　　　　：　　　　日周期

３、今までの妊娠についてご記入下さい。

今までに妊娠したことがありますか？　　　　はい　・　いいえ

妊娠回数：　　　回

出産：　　　回、流産：　　　回、人工中絶：　　　回、子宮外妊娠：　　　回

４、病気・手術歴についてご記入下さい。(例：○○歳 子宮筋腫手術、○○歳 虫垂炎手術)

□なし

□あり→病名：

５、アレルギーについてご記入下さい。

□なし

□あり→薬剤：　　　　・食べ物：　　　　　・花粉症・アトピー　・その他：

６、生活習慣についてご記入下さい。

お酒　　□　飲む　　□　飲まない

喫煙　　□吸う(１日　　本　　年間)　□吸わない　□　禁煙した( 年前から)

７、現在、内服しているお薬についてご記入下さい。

□なし　　□あり→薬名：