

KY レディースクリニック 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：〇〇歳 子宮筋腫手術、〇〇歳 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：