

ピル処方ご希望の方の問診

お名前()様 年齢()歳 記入日: 2019 年 月 日 診察券番号()

1、ピルを内服する目的を○で囲み、2つ以上なら優先番号を付けてください。

避妊、肌荒れ、不順、生理痛、生理前のイライラ、その他()

2、今までにピルを内服したことはありますか？

はいの方は薬品名もご記入ください。 はい() いいえ

3、現在妊娠中又は、妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

4、現在授乳中ですか？ はい いいえ

5、喫煙しますか？ はい いいえ
1日()本

6、下記の疾患、または既往で該当するものにマルで囲ってください。

高血圧 血栓症 心臓疾患 高脂血症 糖尿病 肝臓疾患 脳血管障害

乳癌 子宮癌 その他

あれば具体的に()

8、激しい頭痛や片頭痛、目のかすむことがありますか？ はい いいえ

9、性器の不正出血がありますか？ はい いいえ

10、現在内服している薬剤はありますか？ はい いいえ

服用されているお薬がある方は、こちらにご記入ください。

11、体重の記入をお願いします。 体重 ()kg

～～ありがとうございました～～

～スタッフ記入欄～
BD()

トリキュラ() マーベロン() ヤーズ() ヤーズFX() フリウエルLD() フリウエルULD()