

ピル処方ご希望の方への問診

記入日 年 月 日

診察券番号 氏名 年齢 歳

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つけて下さい。

避妊 肌荒れ 生理不順 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() いいえ
はいの方は薬品名をご記入下さい。

3. 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか? はい いいえ わからない

4. 現在授乳中ですか? はい いいえ

5. 喫煙はしますか? はい いいえ
1日()本

6. 下記の病気であてはまるものに○をつけて下さい。

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
乳がん 子宮がん
その他、具体的に()

7. 激しい頭痛や片頭痛、目がかすむことはありますか? はい いいえ

8. 性器の不正出血はありますか? はい いいえ

9. 現在内服しているお薬はありますか? はい いいえ
はいの方は薬品名をご記入下さい。()

10. 体重のご記入をお願いします。()kg

～スタッフ記入欄～

BD()

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