

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 PMS（生理前の症状）
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
腎障害 耳の疾患 乳がん 子宮がん
その他、具体的に（ ）

7. ご家族に血栓症を起こした方はいらっしゃいますか？ はい いいえ

8. 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

9. 性器の不正出血はありますか？ はい いいえ

10. 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。（ ）

11. 身長と体重のご記入をお願いします。 身長（ ）cm ・ 体重（ ）kg

～スタッフ記入欄～

BD（ ） BMI（ ）

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（ ） ドロエチ（ ）