# 経口避妊薬（ピル）問診票

初回来院時には必ず問診表のご記入をお願いしております。あらかじめ、この問診票にてチェックしていただき、ご持参くだされば待ち時間が短縮されますので、ご利用ください。
※来院時に、まずこの問診票を受付スタッフにお渡しください。念のため保険証もご持参ください。

診察券をお持ちの方は⇒ No.

お名前

| | |
|---|---|
| 1. ピルを服用する目的は何ですか？<br>□避妊<br>□緊急避妊　→　SEXより　〇72時間未満　〇72時間以上～120時間未満　〇120時間以上<br>□避妊以外　→　□生理不順　□生理痛　□子宮筋腫　□子宮内膜症　□ニキビ　□その他 | |
| 2. 今までにピルを服用したことがありますか？　名称： | 〇はい　〇いいえ |
| 3. 購入希望するピルシートの枚数は？（最大13シートまで） | 指定なし　　枚 |
| 4. 年齢は？ | 満　　歳 |
| 5. タバコを吸いますか？<br>吸う方は1日何本吸いますか？　　本/1日 | 〇はい　〇いいえ |
| 6. 現在、他に薬を服用していますか？　薬名： | 〇はい　〇いいえ |
| 7. 現在、何か治療中の病気がありますか？　病名： | 〇はい　〇いいえ |
| 8. 以前に低用量ピルまたは他のホルモン剤を服用した時に過敏症を経験したことがありますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 9. 乳がん・子宮がん、その他のがんと診断されていますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 10. 原因不明の不正性器出血がありますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 11. なんらかの手術前4週間以内、または手術後2週間以内ですか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 12. 産後4週間以内、もしくは長期安静状態ですか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 13. 現在、妊娠してますか？もしくはその可能性がありますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 14. 現在、授乳中ですか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 15. 妊娠中に黄疸、持続的なかゆみ、ヘルペスにかかりましたか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 16. 血圧が高いと言われたことがありますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 17. 肝臓が悪いと言われたことがありますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 18. 脂質代謝異常（高脂血症）と言われたことがありますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 19. 喘息と診断されたことがありますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 20. 静脈瘤はありますか？ | 〇はい　〇いいえ |
| 21. 次に該当する病気にかかったことはありますか？<br>□血栓性動脈炎　□肺塞栓症　□脳血管障害　□冠動脈疾患<br>□心臓病　□腎臓病　□糖尿病　□耳硬化症<br>□潰瘍性大腸炎　□うつ病　□てんかん　□ポルフィリン<br>□抗リン脂質体症候群などの自己免疫性疾患 | 〇はい　〇いいえ |

森産婦人科