

ピルの服用に関する問診票

ID _____

ふりがな

お名前 _____ 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日()才 (既婚・未婚)

ご住所 (〒 _____) (_____) _____ 職業(_____)

自宅(_____) (_____) (_____) 携帯(_____) (_____) (_____) *連絡先希望(自宅・携帯・どちらでも)

ピル服用経験 (有・無) 有の場合 ピルの種類(_____) 内服期間(_____)

1	身長と体重をご記入ください。身長 _____ cm 体重 _____ kg	
2	一番最近の生理が始まった日をご記入ください。 _____ 月 _____ 日から _____ 日間	
3	生理の周期をご記入ください。順・不順 _____ 日周期	
4	今回、ピルを希望される目的は何ですか？(あてはまるものに○をしてください)	
	避妊 月経前症候群(PMS) 生理痛 生理の量が多い 生理不順 ニキビ・肌荒れ 緊急避妊 生理日の調整 更年期障害 治療 その他(_____)	
5	喫煙しますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	「はい」とお答えの方にお尋ねします。喫煙年数(_____ 年) 喫煙本数(1日 _____ 本)	
6	今までに妊娠したことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	「はい」とお答えの方にお尋ねします。出産(_____ 回) 流産(_____ 回) 中絶(_____ 回)	
7	現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
8	現在授乳中ですか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
9	高血圧と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
10	血栓性静脈炎、肺塞栓症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管系疾患またはその既往がありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
11	糖尿病と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
12	胆道疾患や肝障害と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
13	脂質代謝異常(高脂血症等)と言われたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
14	9-13の他に、大きな病気にかかられたことや、現在通院されている病気はありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	「はい」とお答えの方は()内に記入してください。(_____)	
15	現在服用中の薬剤やサプリメントがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	「はい」とお答えの方は()内に記入してください。(_____)	
16	手術をされる予定がある。または1年以内に手術を受けられましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
17	片頭痛(偏頭痛)はありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
18	激しい頭痛や目がかすむことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
19	最近(半年以内に)生理以外の出血はありましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
20	婦人科を受診されたことはありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
21	乳ガンや子宮ガンと診断されたことはありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
22	クラミジア、ヘルペス等の性感染症と診断されたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
23	ご家族に心血管障害、血栓症、乳ガンと診断された方はいますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	ご家族のどなたが何のご病気をお持ちですか。(_____)	
24	ピルをどのようにお知りになりましたか。(○をしてください)	
	HP メディア(テレビ・雑誌等) 友達から聞いて 診察時に インターネット 講演会等 個人輸入 その他(_____)	

血圧 _____ / _____