

# 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	身長と体重を教えてください。	身長	cm	体重	kg
2	一番最近の生理が始まった日をご記入下さい。	月	日から	日間	
3	生理の周期をご記入下さい。	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○をして下さい)				
	避妊	月経前症候群(PMS)	生理痛	生理の量が多い	生理不順
	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"/>
	5で「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"/>
	6で「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	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"/>
15	片頭痛(偏頭痛)はありますか。				はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
16	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"/>
17	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"/>
18	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"/>
19	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"/>
20	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"/>
21	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( )内に記入して下さい。( _____ )				
22	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。( _____ )				
23	ピルをどのようにお知りになりましたか。(○をして下さい)				
	当クリニックのHP	メディア(テレビ・雑誌等)	友達から聞いて	診察時に	
	ピルパンフレット	インターネット	講演会等	個人輸入	その他( _____ )

BP \_\_\_\_\_