

月経移動／緊急避妊ピル（アフターピル） 問診票

受診日 西暦 年 月 日

フリガナ
氏名 生年月日 西暦 年 月 日 (歳) 未婚・既婚・離婚・再婚・死別

身長 cm 体重 kg 性交渉の経験 (なし・あり) 喫煙 (なし・あり (本/日) 職業

住所 〒 電話番号

【月経・妊娠歴についてご記入ください】

最終月経開始日 月 日 ~ 日間

月経周期 順調 (日型) 不順 (日~ 日)

妊娠歴 なし・あり 妊娠 回・出産 回(帝王切開 回・流産 回・人工中絶 回)

【月経移動をご希望の方はご記入ください】

月経を避けたい日 月 日 ~ 月 日

- 過去に月経移動をしたことがある (はい・いいえ)
- 現在、妊娠もしくは受精の可能性がある (はい・いいえ)
- 婦人科、乳房疾患がある (はい・いいえ)
- 肝機能障害、脂質代謝異常がある (はい・いいえ)
- 血栓症・塞栓症の既往がある (はい・いいえ)
- 喫煙している (はい・いいえ)
- 今後4週間以内に手術の予定がある (はい・いいえ)

【緊急避妊ピル（アフターピル）をご希望の方はご記入ください】

性交渉のあった日時 月 日 AM・PM 時頃

- 避妊できなかった理由 (○で囲んでください)
避妊しなかった ・ コンドームの破損 ・ 膣外射精 ・ ピル内服を忘れた
- アフターピルを使用したことがある (はい・いいえ)