

ピルの服用に関する問診票

ID No. \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 ( 既婚・未婚 )

ご職業( \_\_\_\_\_ )

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 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"/>
	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 妊娠回数( _____ 回 ) ご出産回数( _____ 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	激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことがありますか。 _____	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
16	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"/>
17	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"/>
18	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"/>
19	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"/>
20	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。( _____ )	
21	御家族に高血圧や心血管障害、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"/>
	21で「はい」とお答えの方にお尋ねします。 ご家族のどなたが何のご病気をお持ちですか。 ( _____ )	
22	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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

