

問 診 票

(ピル・再診)

志馬クリニック四条烏丸

氏 名	年齢	歳	記入日	2013 年	月	日
ID番号	区分	一般・学生	最終月経	年	月	日 ~ 日
血圧	/	mmHg	身長	cm/	体重	kg/BMI

本日のご希望をお聞かせください (該当する項目に✓か○をお付けください。)

<input type="checkbox"/>	低用量ピル (OC)	種類 ()	継続	変更
		個数 (6個までまとめて処方可能)	1・2・3・4・5・6	個
		医師に直接相談したいことはございますか	いいえ	はい
<input type="checkbox"/>	緊急避妊 (EC)	避妊に失敗したのはいつですか	月	日 時
<input type="checkbox"/>	月経調節	月経を避けたい期間はいつですか	月	日 ~ 日

薬を飲んでから下記症状はございますか (いいえ・はい いずれかに○をお付けください。)

1	下肢 (ふくらはぎ) の痛みと浮腫	いいえ	はい
2	胸の痛み、胸苦しさ、左腕・頸部の激痛	いいえ	はい
3	突然の激しい頭痛、持続性の頭痛 (片頭痛)、失神、片麻痺、言語のもつれ、意識障害	いいえ	はい
4	呼吸困難 (突然の息切れ)、胸痛、喀血	いいえ	はい
5	視野の消失、まぶたが上がりにくい、目がかすむことがある	いいえ	はい
6	黄疸の出現、かゆみ、疲労、食慾不振	いいえ	はい
7	長期の悪心、嘔吐	いいえ	はい
8	原因不明の異常性器出血	いいえ	はい
9	肝臓の腫大、疼痛 (みぞおちから右脇腹の痛み)	いいえ	はい
10	体を動かせない状態、顕著な血圧上昇	いいえ	はい

他に何か疑問や心配がございましたらご記入下さい