

問 診 票

(ピル・初診)

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)	OCを使用するのは初めてですか	初めて	経験あり	継続中
		気になる症状はございますか	月経痛	過多月経	月経不順
			ニキビ	不正出血	月経前の 体調不良
<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	

下記質問にお答えください (いいえ・はい いずれかに○をお付けください。)

1	妊娠中または妊娠している可能性はありますか	いいえ	はい			
2	現在、授乳中ですか	いいえ	はい			
3	喫煙の習慣はございますか (1日 本)	いいえ	はい			
4	血圧が高い (高血圧) といわれたことはありますか	いいえ	はい			
5	血栓性静脈炎、肺梗塞症、脳血管障害、冠動脈疾患、心臓弁膜症などの心血管系疾患、またはその既往はありますか	いいえ	はい			
6	過去2週間以内に大きな手術を受けたか、または今後4週間以内に手術の予定はありますか	いいえ	はい			
7	脂質代謝異常 (高脂血症) といわれたことはありますか	いいえ	はい			
8	激しい頭痛や片頭痛があったり、目がかすむことはありますか	いいえ	はい			
9	不正性器出血はありますか	いいえ	はい			
10	乳がんや子宮がんと診断されたことはありますか	いいえ	はい			
11	血糖が高い (糖尿病) と言われたことはありますか	いいえ	はい			
12	胆道疾患や肝障害と診断されたことはありますか	いいえ	はい			
13	現在、服用中の薬剤やサプリメントはありますか	いいえ	はい			
14	受診のきっかけをお教えてください	HP	Facebook	Twitter	ブログ	検索サイト
		知人紹介	口コミ	新聞/雑誌	書籍	その他