

## 緊急避妊薬処方に関する事前問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 記載日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

以下 記入して 持参していただければ、診療時間が短縮できます。

1. 最近の月経が始まった日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 日間
2. 今回の避妊できなかつた行為があつた日  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃
3. 今回の避妊できなかつた行為があつた日は、  
最近の月経があつた日から \_\_\_\_\_ 日目です。
4. 今回の当院来院予定は、  
今回の避妊できなかつた行為があつた日時から、約 \_\_\_\_\_ 時間経過
5. 過去に妊娠した事がありますか？  
あり なし 出産歴 あり \_\_\_\_\_ 回 なし
6. 今回の、避妊できなかつた行為の以前から妊娠の可能性はありますか？  
あり なし わからない (なしの場合に処方します。)  
わからない場合、一度妊娠チェックをご自分で確認して、現時点で妊娠反応が出ていない状況で来院してください。
7. タバコを吸われていますか？ はい いいえ
8. 現在、治療中の病気はありますか？  
はい いいえ  
(どんな病気 \_\_\_\_\_ )
9. 現在、お薬やサプリメントを服用していますか？  
はい いいえ  
(どのような薬 \_\_\_\_\_ )