

## 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った行為があった日  
年 月 日 時頃
3. 今回の避妊できなかった行為があった日は、  
最近の月経があった日から 日目です。
4. 今回の当院来院予定は、  
今回の避妊できなかった行為があった日時から、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、避妊できなかった行為の以前から妊娠の可能性がありますか?  
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、現時点での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、治療中の病気がありますか?  
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 )