

問診票(EC)

No.

年月日

ふりがな ----- お名前	性別	生年月日	(年齢	歳)
	男・女 他	年	月	日
住所 〒		電話番号		

緊急避妊を希望する性行為があった日時を教えてください。 例：3月15日21時頃

月 日 時頃

その時の避妊法と状況を教えてください。 例：コンドームが途中で抜けた、外出し(膣外射精)

今回より前の性行為があった日時と、避妊法を教えてください。
例：3月9日22時頃、コンドームを挿入前に着けて射精後に外した

最後に生理(月経)があったのはいつですか？何日続きましたか？ 例：2月25日から6日間

月 日 から 日間

生理(月経)周期の間隔は規則正しいですか？間隔を教えてください。 例：規則的、30日間隔

規則的 (日間隔) ・ 不規則

妊娠および出産の回数を教えてください。 例：妊娠3回、中絶1回、流産1回、出産1回

妊娠 回、中絶 回、流産 回、出産 回

これまで罹った性感染症・産婦人科の病気があれば教えてください。
例：梅毒、クラミジア、B型肝炎、HIV 例：子宮内膜症、妊娠高血圧、妊娠糖尿病、帝王切開

これまで「肝臓」に問題があると言われたことはありますか？ いいえ・はい

現在内服中のお薬・サプリメントがあれば教えてください。 例：イブ(生理痛)、アレグラ(花粉症)

これまでお薬・サプリメントでアレルギーを起こしたことはありますか？ いいえ・はい