

アフターピル（経口緊急避妊薬）受診問診票

ID: _____

フリガナ
お名前

生年月日

昭和・平成 年 月 日

郵便番号 〒

住所

連絡先 - - 【 自宅・本人携帯・その他（ ） 】

※病院・医院・薬局よりご連絡させていただく場合がございます。

● 来局日時 年 月 日 時 分

● 避妊に失敗した日時 年 月 日 時 分

● 相手

- 彼・夫 友人・元彼・メル友 先輩・上司
 仕事上の関係 他人（ ） その他

● 状況

- コンドームが破れた コンドームが外れた・中に残った
 膣外射精（外出し） 膣内射精（中出し） 避妊せずに挿入
 ピルの飲み忘れ レイプ・暴行 合意のないセックス
 無理やり・断り切れず ながれのまま

● 現在服用しているお薬はございますか 無し 有り（薬剤名： ）

● 今後のピルの処方希望する はい いいえ わからない

【薬局記入欄】

薬局名

TEL

FAX

本人確認書類 免許証 健康保険証 学生証 その他（ ）