

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

西暦

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

● 最終月経日 年 月 日

● 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

● 現況 ☐ 未婚 ☐ 既婚

● 妊娠の経験 ☐ なし ☐ あり（中絶 回、流産 回、分娩 回）

【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（ ）