



## 問診票(妊娠とお薬外来)

ご記入日 年 月 日

ふりがな		診察券番号*
氏名		

\* 当院の診察券がない方は初診患者様問診票のご記入もお願いいたします

### 【1】当外来受診の目的にチェックを入れてください(複数可)

<input type="checkbox"/>	これから妊娠するために現在服用している薬について相談したい
<input type="checkbox"/>	現在決まった薬は服用していないが妊娠後の服薬について知っておきたい
<input type="checkbox"/>	不妊治療に使用する薬について詳しく知りたい
<input type="checkbox"/>	薬の副作用やアレルギーについて相談したい
<input type="checkbox"/>	妊娠後に服用した薬の影響について相談したい
<input type="checkbox"/>	その他(

### 【2】現在治療中の病気や疾患があれば記載ください

疾患名	発症した時期
	年 月頃から
	年 月頃から
	年 月頃から

### 【3】現在服用中のお薬があれば記載ください

薬品名/剤型・規格	飲み始めた時期	服用量	処方された医療機関/医師名
(例)ロキソニン錠 60mg	2015年 1月頃から	1回 1錠( ) 1日 3回	〇〇医療センター 整形外科 〇〇〇〇医師
	年 月頃から	1回 錠( ) 1日 回	
	年 月頃から	1回 錠( ) 1日 回	
	年 月頃から	1回 錠( ) 1日 回	
	年 月頃から	1回 錠( ) 1日 回	
	年 月頃から	1回 錠( ) 1日 回	