

生理日変更/緊急避妊

ID _____

年 月 日

ふりがな		
お名前		
ご住所	〒	
電話番号		
生年月日	年	月 日
年齢	才	
最終月経	年 月 日～	
生理周期	【 ~ 】日周期 (周期：生理が開始した日から次の生理が始まる前日までの期間)	
妊娠したことはありますか	いいえ はい(年月日もご記入ください)	
	・流産 回【 年 月】 ・子宮外妊娠 回【 年 月】 ・帝王切開 回【 年 月】	・中絶 回【 年 月】 ・経膣分娩 回【 年 月】
既往歴	なし ・ あり 【 】	
アレルギーの有無	なし ・ あり 【 】	
生理日変更したことがありますか？	なし ・ あり 【 】	
緊急避妊(アフターピル)を服用したことがありますか？	なし ・ あり 【 】	
生理日変更	生理を避けたい日にち【 月 日～ 月 日】	
緊急避妊(アフターピル)	性交渉の日時： 月 日 時頃	