

ピル（保険・自費）・更年期（ホルモン補充療法・漢方）処方専門外来問診用紙

氏名： _____ 年齢： _____ 年 _____ 月 _____ 日

① どの治療薬を処方されていますか？ (○をつけてください)	保険ピル	ヤーズフレックス	ルナベルLD	ルナベルULD
		ジェミーナ	ジェノゲスト	その他 ()
	自費ピル	トリキュラー	ファボワール	その他 ()
	ホルモン補充療法 (HRT) <small>複数ある場合は全てに○</small>	ル・エストロジェル	プレマリン	エストラーナ
	デュファストン	プロゲストン	ウェールナラ	
	その他 (漢方・IUS等)	()	()	()
② 本日の血圧は？	/			
③ 1年の間に検診は受けられましたか？	はい いいえ	子宮頸がん検診	年	月
		血液検査	年	月
		感染症チェック <small>(ピル処方のみ)</small>	年	月
		乳がん検診 <small>(30歳以上必須)</small>	年	月
④ その他に投薬希望・相談はありますか？	はい いいえ	希望薬剤		
		相談内容		