

「妊娠と薬相談クリニック」調査表

この調査表は、妊娠と薬の安全性を確認するためのものです。正確にご記入下さい。

フリガナ 氏名	職業				
当院 ID					
生年月日	西暦	年	月	日	(才)
〒 住所					
電話番号					
連絡先(13:00~16:00の間電話で連絡のできるどころ)					

(1) 薬を使用した人

本人

相手男性

(2) 使用した目的(病名など)

(3) 薬をもらった医療機関

名称

住所

電話番号

(4) 最終月経開始日・月経周期 年 月 日 月経周期 日型

(5) 出産予定日 年 月 日

(最終月経から・基礎体温表から・超音波検査で)

(6) その薬を飲むとき、妊娠していることをしていましたか?

はい

いいえ

(7) その薬は、医師の処方ですか。自分で買ったものですか?

医師の処方

自分で買った薬

(8) 使用した薬の名称と服用時期

現物があれば同封して下さい。自分で買ったものについては使用説明書も同封して下さい。

薬の名称	1日服用量	服用時期(月日)
<記入例> ボルタレン錠 25mg	2錠	2004年 7月 20日～ 7月 25日
		年 月 日～ 月 日
		年 月 日～ 月 日
		年 月 日～ 月 日
		年 月 日～ 月 日
		年 月 日～ 月 日
		年 月 日～ 月 日
		年 月 日～ 月 日
		年 月 日～ 月 日

表に書ききれない場合には、別紙に同様に記入して下さい。

ご紹介病院がございましたら、ご記入下さい。

病院住所

病院名 電話 ( )

医師名

回答 要 ・ 不要 (主治医の先生がお書き下さい)