

R 年 月 日 ID_____ 氏名_____

☆緊急ピルの処方希望で来院の患者様へ☆

• どちらのアルターピルを希望されますか？ レボノル ヤッペ

• 性交渉があったのは、()月()日 午前・午後()時頃

なるべく待たず、速やかに緊急ピルを受け取りたい（先生と話さなくてよい）

先生としっかり相談してから、緊急ピルの処方をしてもらいたい

（通常通りの順番で呼ばせて頂きます）

_____ h _____ m