

子宮がん検診問診票 Ver.1

年 月 日

ふりがな

お名前 _____ 様

生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)

1. 下記症状に該当するものがあれば○をしてください

おりものが気になる ・ 痒み ・ 月経痛 ・ 月経不順
不正出血 ・ 腹痛 ・ 子宮下垂感 ・ 更年期症状 ・ その他 ()

2. 結婚について教えてください 既婚 未婚 性交経験 (あり なし)

3. 月経について教えてください 最近の月経 月 日から 日間 (整・不順)
閉経 歳

4. これまでの妊娠・分娩について教えてください

◇妊娠 回 ◇出産 回 (正常分娩 回 帝王切開 回)

5. これまでに治療を受けたことのある婦人科疾患・手術について教えてください

なし あり ()

6. これまでに婦人科以外の疾患・手術歴などありましたら教えてください

なし あり ()

7. 現在服用中のお薬がありましたら記入して下さい

なし あり ()

8. 薬剤アレルギーがありましたら記入して下さい

なし あり ()

医療法人社団 みやびの会

あきる野総合クリニック