

婦人科問診

(未婚 ・ 既婚)

性交渉経験 (あり ・ なし)

氏名 _____

●妊娠・分娩について 妊娠 () 回・分娩 () 回・現在妊娠している可能性 (ない・ある)

●既往歴について (ない・ある)

() () 歳

() () 歳

() () 歳

●血縁者でがんにかかった人 (いない・いる)

(病名) 続柄 ()

(病名) 続柄 ()

●HPV (子宮頸がん) ワクチンの接種 (ない・ある)

●月経について

初潮 () 歳 閉経 () 歳

最近の月経 (月 日より 日間) } ※閉経後の方は記入不要

順 (日型) ・不順 } ※閉経後の方は記入不要

過去6か月以内の不正出血 ない

ある 1. 閉経後の出血 2. 接触出血 3. 過多月経

4. 不規則月経 5. 褐色帯下出血

出血の持続期間 ()

●婦人科にて子宮がん検診以外の診察を希望されますか (はい・いいえ)

はいの方は、気になる症状を記入してください。※別途料金がかかります

()

【乳がん検診を受けられる方は下記もご記入ください】

最終授乳から1年未満の方・豊胸手術・ペースメーカー挿入されている方はマンモグラフィを実施できません

●最終授乳 () 歳

●豊胸手術歴 ない・ある

ペースメーカー ない・ある

●乳がん検診を受けたことがありますか 1. 初めて 2. 1年前 3. 2年前 4. 3年以上前

その結果はどうでしたか a. 異常なし b. 要精検 (病名は)

●乳房の状態について [月経の前・中・後・関連なし (右・左)]

1. しこりがある 2. 痛みがある 3. 分泌物が出る 4. その他