氏名は戸籍上の文字で ≪子宮がん検診 問診票≫ 記入日 西暦 年 月 日				
ふりがな		女	生年月日	大・昭・平 年 月 日 西暦 年 （ ）歳
氏名				
住所	船橋市		電話番号	

◇生理（月経）について

月経周期：□順調(3､4日しかずれない)（ 日型） □不順

生理痛：鎮痛剤は □必要 □時々必要 □不要 □飲まずに我慢している

出血量：□普通 □少量 □多かったり少なかったり □4､5日目でも血の固まりが出る事がある

◇内診に不安が □ある □ない 痛みに敏感である □はい □いいえ □どちらでもない

◇今まで指摘された病気、症状はありますか？

□なし

□子宮筋腫 □子宮内膜症 □子宮腺筋症 □子宮奇形 □卵巣嚢腫 □子宮頸癌・異形成

□月経異常 □不正出血 □おりものに血が混じる □乳癌 □閉経後の性交痛

□その他（ ）

◇婦人科の手術歴はありますか？ □なし □あり（ ）

◇妊娠したことがありますか？ □なし □あり

妊娠( )回 分娩( )回(自然分娩・帝王切開) 流産( )回 人工妊娠中絶（ ）回

◇ラテックスアレルギー（ゴムアレルギー） □なし □あり

◎船橋市の子宮がん検診は超音波検査は含まれておりません。

超音波を診ないと子宮体部と卵巣の異常はわかりません。

超音波検査希望 □あり □なし

着用したまま診察できる診察パンツ（300円）のご用意があります。

ご希望の方はスタッフに声をおかけください。

本問診票における個人情報取集は医療提供を行う為に使用する目的で収集したものであり、他の目的で使用すること及び第三者に提供・開示することは一切ありません

また、個人情報について細心の注意と最大限の努力をもって保護・管理を行います

※当院の個人情報の取り扱い・マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

同意する 同意しない