子宮がん検診・乳がん検診問診票

保険者番号：　　記号：　　番号：

よみがな

氏名：　　生年月日：西暦　　年　　月　　日（　　歳）

住所：〒

　　市・区　　電話番号：　　－　　－

現在月経中　いいえ　・　はい・　閉経（　　）歳

最終月経　　月　　日から　　月　　日まで（　　日間）

妊娠の可能性　なし　・　あり　・　わからない

現在妊娠中　いいえ　・　はい（　　ヵ月）

現在授乳中　いいえ　・　はい（　　年　　ヵ月）

受診日に妊娠中・妊娠している可能性のある方は、
できない検査があります。
事前に必ずお申し出ください。

妊娠歴：なし・あり（　　）回　　出産歴：なし・あり（　　）回　　帝王切開（　　）回

ピル・ホルモン剤治療を現在行っていますか　なし・あり（薬剤名　　）

あてはまるものに〇をつけて下さい。

症　状：不正出血・褐色帯下・中間期出血・排卵痛・下腹部痛・生理の量が多い･少ない
　　月経痛・月経不順

既往歴：子宮筋腫（大きさ　　）・卵巣のう腫（右・左）・子宮頸管ポリープ・子宮外妊娠
　　子宮頸部異形成・子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん（右・左）・子宮内膜症・子宮腺筋症
　　乳腺症・乳腺炎・乳腺線維線種・乳がん（右・左）
　　不妊治療中・双角子宮・IUD（子宮内避妊用具）留置中

婦人科・乳腺科の手術歴　なし・あり　　あてはまるものに〇をつけて下さい。

【手術内容：子宮摘出・円錐切除・子宮筋腫核出術・卵巣摘出（右・左／全摘・一部）】

（その他：　　）

その他の既往歴・現病歴・症状がある場合、下記にご記入下さい。

□子宮がん検診を受ける方は、下記の問診もご記入下さい。

①子宮がん検診を受けたことはありますか？　　はい・いいえ	
②性交経験　　なし　・　あり	③ゴム（ﾗﾃｯｸｽ）アレルギー　　なし　・　あり

□ 乳がん検診を受ける方は、下記の問診もご記入下さい。

① 乳がん検診を受けたことはありますか？　　はい・いいえ	
② 乳房のしこり　なし・あり（右・左）	⑤豊胸手術　なし・あり→（方法　　）
③ 乳頭の分泌物　なし・あり（右・左）	⑥血縁者に乳がんの方がいますか？
④ 乳房の痛み　　なし・あり（右・左）	いいえ・はい（続柄　　）

健診時に取得した個人情報は、当会からの健康診断に関するご案内や受診勧奨に使用させていただくことがございます。また受診時の契約内容によっては、健康保険組合・事業所へ健康診断結果報告を行うことがございますのでご了承ください。
当会の「個人情報の取り扱いについて」はクリニックホームページに掲載していますのでご確認ください。
上記内容に　□同意する　□同意しない　□一部同意しない（　　）

医療法人社団つるかめ会　小金井つるかめクリニック