

フリガナ		ID	
お名前		生年月日	/ / ( 歳 )

< 共通問診事項 >		該当する項目に をしてください。	
現在妊娠していますか？	はい	・ いいえ	・ 可能性有り

< 婦人科検診問診票 >		該当する項目に をしてください。	
検診受診歴	なし・あり： 今から1～3年以内 ・ 4年以上前		
	検診結果 異常なし・異常あり：		
婦人科疾患既往歴	なし・あり： 子宮がん 子宮筋腫 膣部びらん 子宮内膜症 卵巣嚢腫 卵巣がん		
月経について	初潮：( )才 閉経：( )才 周期( 日型) 順・不順		
	最終月経：( 月 日)～( 月 日) 多量 中等量 少量		
	普段の月経量： 多量 中等量 少量		
	月経痛：なし・あり( 軽度 痛み止めを使うほど 寝込むほど )		
性交歴	なし・あり		
妊娠歴	なし・あり：妊娠( 回)、 出産( 回)、流産( 回)、中絶( 回)		
過去6カ月以内の 不正出血	いつ頃から( 年 月 日)		
	出血量：多い ・ 少ない 持続期間：( 日)( 週)( 月)		
ホルモン剤の服用	なし・あり：(薬剤名： )		
気になる症状	なし・あり：( )		

< 乳がん検診問診票 >		該当する項目に をしてください。	
検診受診歴	なし・あり：( 年前 または H 年頃)		
	ありの方 内容： 視触診・マンモグラフィ・乳腺超音波		
	検診結果 異常なし・異常あり：		
乳腺疾患既往歴	なし・あり：(乳がん・乳腺症・乳腺炎・その他： )		
授乳歴	なし・あり：( 年 月 頃まで)・授乳中 子供：( )人		
血縁者の乳がん	なし・あり：(続柄 )		
体内人工物	なし・あり： ペースメーカー 豊胸(脂肪注入含む) その他( )		
自己検診	していない・時々している・毎月定期的に行っている		
気になる症状	なし・あり： しこり 痛み 乳頭分泌 その他( )		
位置	右 ・ 左 ・ 両方 ・ わきの下		

得られた個人情報は、健康診断以外での目的では使用致しません。