

## 婦人科問診票

このたびは当院をご利用いただき誠にありがとうございます。

検診を行うにあたって、以下の質問にお答えいただけますよう、お願い致します。

受診日

(フリガナ) お名前	※漢字氏名をご記入ください		ご住所	〒		
	生年月日	年齢		電話番号	携帯番号	
会社名			保険証記号	保険証番号		

- 問1 今回の婦人科検診で異常所見が見つかった場合、  
一般診療による精密検査（保険診療、要費用負担あり）を希望しますか。・・・（ はい ・ いいえ ）
- 問2 体調に関して何か気になることはありますか。・・・（ なし ・ あり [ ] ）
- 問3 今までにご病気をしたことがありますか。  
 1.子宮がん     2.子宮筋腫     3.子宮内膜症     4.卵巣がん     5.卵巣のう腫     6.頸管ポリープ  
 7.乳がん     8.乳腺症     9.乳腺腺維腺腫  
 10.その他(                      )(                      )(                      )
- 問4 問3のうち、手術を行ないましたか。  
ない ・ ある（ 病名番号：      ）
- 問5 また現在内服しているお薬はありますか。・・・（ なし ・ あり [薬の名前と飲み方： ] ）
- 問6 最終月経（開始日）はいつですか。・・・（      年      月      日から      日間）
- 問7 初潮（初めての月経）はいつですか。・・・（      歳）
- 問8 月経周期（**月経の開始日を1日目とし、次の月経が始まる前日までの日数**）は順調ですか。  
※全てご記入ください。 順調（      日周期） 不順（長いとき      日・短いとき      日） 閉経（      歳）  
1回の月経日数（      日間） 月経痛（ なし      あり ） 月経量（ 多い      普通      少ない ）
- 問9 セックスの経験はありますか。・・・（ ない ・ ある ）
- 問10 ご結婚されていますか。・・・（ 未婚 ・ 既婚：      歳 ・ 離婚した：      歳 ）
- 問11 妊娠・出産について・・・（ 妊娠      回 [そのうち 分娩      回 自然流産      回 人工妊娠中絶      回 ] ）  
☆その詳細を例のようにご記入下さい。例) 18歳：中絶[妊娠3ヶ月]、 21歳：正常分娩[妊娠10ヶ月]、 24歳：帝王切開[10ヶ月]  
(      歳：      [      ヶ月 ] ) (      歳：      [      ヶ月 ] ) (      歳：      [      ヶ月 ] )
- 問12 ピルの服用経験はありますか。・・・（ ない ・ ある [服用期間・薬の名前 ] ）
- 問13 子宮がん検診の経験はありますか。  
( ない ・ ある [最終検査日      年      月頃]    ◇結果：異常なし      異常あり(病名      ) )  
※「異常あり」と指摘された方で病名に対する経過をお答え下さい。・・・（ 経過観察中      治療中      放置 ）
- 問14 現在妊娠をしている可能性はありますか。・・・（ いいえ ・ はい ・ 現在妊娠      ヶ月 ）

「**乳腺エコー・マンモグラフィー検査を受けられる方のみお答え下さい**」

- 問15 乳腺エコーの経験はありますか。  
( ない ・ ある [最終検査日      年      月頃]    ◇結果：異常なし      異常あり(病名      ) )  
※「異常あり」と指摘された方で病名に対する経過をお答え下さい。・・・（ 経過観察中      治療中      放置 ）
- 問16 マンモグラフィー（乳房専用のX線撮影検査）の経験はありますか。  
( ない ・ ある [最終検査日      年      月頃]    ◇結果：異常なし      異常あり(病名      ) )  
※「異常あり」と指摘された方で病名に対する経過をお答え下さい。・・・（ 経過観察中      治療中      放置 ）
- 問17 以下の質問に該当した方はマンモグラフィー検査を行う事が出来ませんので予めご了承下さい。  
◎現在授乳中である。・・・（ いいえ ・ はい ・ 現在授乳終了後      ヶ月 ）  
※著しく検査の精度が低下しますので、授乳終了後、6ヶ月以降に検査をお受け下さい。  
◎豊胸バッグを挿入した手術を行っている。・・・（ いいえ ・ はい ）  
※豊胸バッグが破裂する恐れがありますので、検査を行う事が出来ません。

- 問18 問14・問17で『いいえ』と答えた方で本日、マンモグラフィー検査を行う事に同意しますか。（同意する ・ 同意しない）

ご協力ありがとうございました。

ご署名： \_\_\_\_\_