

# 如水会今村病院専用子宮頸がん検診問診票

※今村病院にて子宮がん検診受診の方は、下記問診票をご記入ください

白水レディースクリニックで受診の方は、健診受付の際に受診券をお受取りください

フリガナ	生年月日		
氏名	西暦	年	月 日( 歳)
1. 子宮がん検診を受けたことがありますか	1.ない 2.ある(1年前・2年前・3年前・4年前・5年以上前)		
2. 1の健診の結果は	1.異常なし 2.要精密検査(結果は )		
3. 初潮は	満 歳		
4. 性交の経験は	1.ない 2.ある		
5. 結婚した年齢は	1.満 歳 2.未婚		
6. 妊娠回数は	1.妊娠( 回) 2.出産( 回) 帝王切開 無・有( 回)		
7. 最後の生理はいつでしたか	1. 月 日～ 月 日 2.閉経( 歳)		
8. 婦人科の病気で病院にかかったことは	1.ない 2.ある(病名 )		
9. 出血・おりもの等の様な症状はありませんか	1.ない 2.ある(出血 おりもの その他 )		
10.ホルモン剤を使用していますか(飲み薬・貼り薬など)	1.いいえ 2.はい		
11.子宮内避妊器具(リング等)の使用	1.ない 2.ある		
12.HPV検査を希望されますか	1.する(検査条件により有料となります) 2.しない		
※子宮がん検診の方のみご記入をお願いいたします			
住所 〒	電話番号		

## 婦人科検診結果票 (子宮頸がん結果を除く)

視診所見	内診		経膈エコー所見	
I 正常	I 筋腫		I 特記事項なし	
II 良性びらん	II 卵巣腫瘍		II 子宮筋腫	
III 炎症	III 子宮脱		III 卵巣腫瘍	
①頸管炎 ②ポリープ ③萎縮性膣炎	IV その他		IV その他( )	
IV 疑悪性変化				
V がん				
判定区分	A	異常なし	D1	要治療
	B	支障なし	D2	要精密検査
	C	経過観察	E	治療中
コメント				

(紹介状: 有 ・ 無 ) \*紹介状有の方は紹介状をご持参のうえ受診してください。

判定日 年 月 日 判定医 印またはサイン