

体温 ( ) °C 血圧 ( / ) 脈拍 ( )

フリガナ

身長 cm 体重 kg

氏名 様 ( ) 歳

生年月日 S・H・R 年 月 日

郵便番号：

電話番号

住所：

1. どのような症状で受診されましたか？

[  
 癌の検査希望 (子宮がん・乳がん)  
 ]

2. 最後に子宮がん検診を受けたのはいつですか？ ( 年 月 )

3. 初めて月経があったのは何歳でしたか？ ( 歳 )

4. 最終月経はいつでしたか？ (2ヶ月分の月経を記入して下さい)

\_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 月 日

5. 月経は順調ですか？ ( 順 ・ 不順 )

6. 何日毎に月経がありますか？ ( 日型 )

7. 月経はいつも何日くらい続きますか？ ( 日間 )

8. 月経量は？ (多い 普通 少ない)

9. 月経の時に痛みますか？ ( 痛む ・ 痛まない )

10. 性交(セックス)の経験はありますか？ ( ある ・ ない )

11. 現在、セックスパートナーはいますか？ ( いる ・ いない )

12. お産は何回しましたか？ ( 回 )

13. 閉経は(月経が終わった)、何歳でしたか？ ( 歳 )

14. 現在飲んでいるお薬はありますか？

お薬の名前：

[  
 ]

15. 今まで大きなご病気をされましたか？

[  
 ]