

# 問 診 票 【 婦 人 科 】

フリガナ		受 診 日	
氏 名		生 年 月 日	S・H 年 月 日 ( 歳)
住 所	〒	TEL	
		個人メール アドレス (緊急時)	

健診結果はWEBで確認できます。(健康保険組合の判定結果と異なる場合がございます。)紙の結果票が必要な方は受付にお申し出ください。

◆以下の質問は、婦人科・乳房健診をおこなう為に重要な事項ですので、正確にご記入ください。

- ① 初潮 ( 歳 )
- ② 閉経 ( 歳 )
- ③ 最終月経 年 月 日 から 日間
- ④ 月経周期 日周期 ( 順 ・ 不順 )
- ⑤ 性交渉 ( なし ・ あり )
- ⑥ 妊娠歴 ( なし ・ あり )  
分娩 回 (帝王切開 回)  
最後に分娩または流産したのは何歳ですか? 歳
- ⑦ 既往歴 乳房の病気 1. なし 2. 乳腺症 3. 乳腺炎 4. その他 ( )  
婦人科の病気 1. なし 2. 子宮筋腫 3. 卵巣嚢腫 4. その他 ( )  
手術歴 (病名: : 歳)  
豊胸 (シリコン ・ ヒアルロン酸 ・ 脂肪 ・ その他 ( ) )
- ⑧ ホルモン剤使用の有無 1. なし 2. あり (種類: 期間: )
- ⑨ 家族歴 乳がん 1. なし 2. あり ( 母 ・ 姉妹 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ その他 )  
子宮がん 1. なし 2. あり ( 母 ・ 姉妹 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ その他 )  
卵巣がん 1. なし 2. あり ( 母 ・ 姉妹 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ その他 )
- ⑩ 現在妊娠していますか 1. はい 2. いいえ 3. 可能性あり
- ⑪ 現在生理中ですか 1. はい ( 日目 ) 2. いいえ

★ 乳房検査をお受けになる方にお伺いたします。

1. 乳房のしこり 1. なし 2. あり ( 右 ・ 左 )
2. 乳房の痛み 1. なし 2. あり ( 右 ・ 左 )
3. 乳房のただれ 1. なし 2. あり ( 右 ・ 左 )
4. 乳頭からの異常分泌 1. なし 2. あり ( 右 ・ 左 ) 血液 ・ 透明 ・ 黄色 ・ 白色
5. 脇の下のしこり 1. なし 2. あり ( 右 ・ 左 )

★ 婦人科検査をお受けになる方にお伺いたします。

1. 月経痛 1. なし 2. あり ( 軽い ・ 重い )
2. 月経の出血量 1. 少量 2. 中 3. 多い
3. 不正出血 1. なし 2. あり

ご記入頂きました内容は、検査・診断の参考とさせていただきます。当クリニックのプライバシーポリシーに基づき厳重に管理致します。