

氏名 _____

子宮がん・乳がん検診を受けられる方へ

下記の質問票へのご記入をお願いします。

1. 初潮年齢 (歳)
2. 閉経年齢 (歳)
3. 結婚年齢 (歳)
4. 生理のある方へ
 - ①最終生理 月 日から (日間)
 - ②生理は 順調・不順
 - ③生理の量が 多い ・ 普通 ・ 少ない
5. 生理以外の出血はありますか。 はい ・ いいえ
6. 帯下(おりもの)はありますか。 はい ・ いいえ
7. 妊娠の回数 (回)

お産の回数 (回)	
(最初のお産 歳、最後のお産 歳)	
自然流産の回数 (回)	
人工流産の回数 (回)	
死産の回数 (回)	
8. 帝王切開はしていますか。 はい ・ いいえ
9. 避妊手術はしていますか。 はい ・ いいえ
10. 現在リングは入っていますか。 はい ・ いいえ
11. 乳房にしこりやかたいところがありますか。 はい ・ いいえ
12. 乳房に痛みはありますか。 はい ・ いいえ
13. 乳首から分泌物がありますか。 はい ・ いいえ
14. 今までに子宮(卵巣も)乳房、甲状腺の病気をしたことはありませんか。

歳ころ	手術あり・なし
歳ころ	手術あり・なし
歳ころ	手術あり・なし