

ふりがな
お名前 _____ 年齢 _____ 歳 / 健診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今までに子宮がん検診を受けたことがありますか？
ある・・・ _____ 年前、 結果： 異常なし ・ あり(_____)
ない

何か気になる症状がありますか？(不正出血や下腹部痛など)
ある(_____)
ない

今までに下記の病気や手術を受けたことがありますか？
子宮筋腫 卵巣腫瘍 子宮がん 子宮内膜症 血液疾患 乳がん

薬や食べ物アレルギーがありますか？
ある(薬品・食品名: _____)
ない

月経について
最終月経(一番最近の生理が始まった日): _____ 月 _____ 日、 または 閉経(生理があがった時) _____ 歳
月経周期(月経開始日から次の月経の開始日まで): 順調 _____ 日型、 不順 _____ 日 ~ _____ 日周期
月経痛: ひどい 中等度 軽い ない 月経量: 多い 中等度 少ない 出血持続期間 _____ 日間

結婚・妊娠・分娩について
未婚(セックスの経験: ある ない) 既婚
妊娠は全部で _____ 回、そのうち分娩 _____ 回、流産 _____ 回、中絶 _____ 回、子宮外妊娠 _____ 回

その他、何が気になることがありますか？

産婦人科健診で分かること
細胞診(子宮の入口こすって細胞を取る検査です)・・・子宮頸がんまたはその前段階(異形成)
内診・超音波検査・・・子宮・卵巣の形態的異常(子宮筋腫・卵巣腫瘍など)

検診後出血することがありますが、心配いりません。
年に一度はがん検診をうけましょう。

INTERNAL EXAMINATION

discharge: _____

around the os: _____

c.u.: _____

adnexa: _____

TV /TA/ USG

uterus: _____

rt ovary: _____

lt ovary: _____

ascites: _____

others _____

OTHER FINDINGS / COMMENTS

