

# 子宮頸がん検診問診票

問診票の欄は、必ず全項目に記入または○印をしてください。

ふりがな		住	渋谷区	(〒 - )
氏名		所	電話	( )
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 ( 歳)
月経	最終月経	年	月	日より 日間(順調 日周期・不順)
	初潮 ( ) 歳	閉経 ( ) 歳		
結婚	1. 未婚	2. 既婚	初婚年齢 ( ) 歳	
妊娠	妊娠回数 ( ) 回	現在妊娠 ( ) 週		
出産	分娩回数 ( ) 回	初産 ( ) 歳	最終産 ( ) 歳	
受診歴	今までに子宮がん検診を受けたことがありますか ・いいえ ・はい いつ頃ですか ( 年 月) 結果: 異常なし・異常あり			
既往歴	1. 婦人科の病気にかかったことがありますか ・いいえ ・はい 病名 ( ) 手術を(うけた ・ うけてない) 2. ホルモン剤を使用したことがありますか ・いいえ ・はい 注射・経口避妊薬 ( 年 ヶ月間、 年 月頃使用)			
家族歴	1. あなたの血縁に子宮がんにかかった人がいますか ・いいえ ・はい (祖母、母、姉妹、娘、伯母・叔母、姪) 2. あなたの血縁に他のがんにかかった人がいますか ・いいえ ・はい (三親等以内 人)			
自覚症状	1. 出血することがありますか ・いいえ ・はい			
	「はい」と答えた方 どのような出血ですか 鮮血・うすい血・黒ずんだ血 量はどうか 多い(メンス位以上)・中程度・少ない(メンス終り位) どんな時に出血しますか 接触のあと・排尿時・排便時 いつから出血していますか ( ) 日前・( ) ヶ月前・1度だけ・時々・続いて			
	2. おりものがありますか ・いいえ ・はい			
	「はい」と答えた方 どんな色ですか 無色・白色・黄色・褐色・( ) 色 いつからですか ( ) 日前・( ) ヶ月前・1度だけ・時々・続いて 臭いがありますか ない・ある(不快?) ◎血が混じりますか いいえ ・ はい			
	3. どこか痛むところがありますか ・いいえ ・はい			
「はい」と答えた方 どこが痛みますか 腰・下腹・足・その他 いつから痛みがありますか ( ) 日前・( ) ヶ月前・1度だけ・時々				