

婦人科検診質問表

ご一読の上、該当事項を記入して検査日に当院へ持参してください。

平成 年 月 日記入

受診者名	生年月日
(ふりがな)	明治 大正 年 月 日生 昭和
ご住所	
〒 -	
電話番号(連絡先)	御自宅
	お勤め先

生理・妊娠に関して下記の項目にお答えください。

- ① 乳房にしこりがある。 (はい・いいえ)
- ② おりものが多い。 (はい・いいえ)
- ③ 不正出血がある。 (はい・いいえ)
- ④ 生理不順である。 (はい・いいえ)
- ⑤ 前回生理はいつからいつまででしたか？ 月 日より 月 日まで
- ⑥ 最後の生理はいつからでしたか？(閉経した方のみ) 才の時
- ⑦ 妊娠したことがありますか？ a. ある b. ない
a. の場合のみお答えください 妊娠 回
分娩 回

健康上、いま心配していることがありましたらご記入ください。

--