

# レディースドック 問診票

受診日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T・S・H・R	年	月 日 ( 歳)
住所	〒		
電話			
職業		身長	cm 体重 kg

## 1. 気になる症状はございますか？

ない

ある

(具体的に \_\_\_\_\_ )

## 2. 婦人科検診について

### ● 乳がん検診を受けられたことはありますか？

ない

ある 西暦 年 月頃：  異常なし  異常あり (内容 \_\_\_\_\_ )

### ● 子宮がん検診を受けられたことはありますか？

ない

ある 西暦 年 月頃：  異常なし  異常あり (内容 \_\_\_\_\_ )

## 3. 血縁の方に乳がん、子宮がん、卵巣がんの方がいますか？

いいえ

はい 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

その他のがん ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 今までの妊娠や分娩について、すべて記入して下さい。

妊娠歴：  ない 性交渉経験 ( 有 ・ 無 )

ある ( \_\_\_\_\_ ) 回、現在妊娠中 ( \_\_\_\_\_ ) 月

分娩 ( \_\_\_\_\_ ) 回 【 正常分娩 \_\_\_\_\_ 回、帝王切開 \_\_\_\_\_ 回 】

自然流産 ( \_\_\_\_\_ ) 回、人工中絶 ( \_\_\_\_\_ ) 回、子宮外妊娠 ( \_\_\_\_\_ ) 回

胞状奇胎 ( \_\_\_\_\_ ) 回

※裏面もございます。

