

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	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. 遺伝について相談したいことがありますか？

はい いいえ

5. 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 (_____) か月

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

