

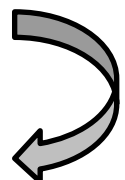
感染症対策のため院内滞在時間短縮のご協力をお願いします。この問診票の内容に沿った診察・検査のみ行います。

下記の内容で検診を受けることを希望いたします

受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名： _____

<p>1) 子宮頸がん検診について (区の子宮がん検診券をお持ちの方は無料です。) 子宮頸がん検診を希望されますか？</p>	はい	いいえ
<p>2) 子宮体がん検診について (45歳以上の方で区の子宮がん検診券をお持ちの方は無料です。) 不正出血やおりものの増加など、がんが心配な方は追加で検査ができます。 出産経験のない方、閉経されている方など検査の器具が入らず検査ができない場合や、採取できた細胞が少なく判定不能になる場合がありますのでご了承ください。 子宮体がん検診を希望されますか？</p>	はい	いいえ
<p>3) 経膈超音波検査について (別途診察料が必要です。保険診療の適応になる場合は1600円程度です。) 子宮筋腫・卵巣の腫れなどの確認のために年に一度の定期検診をおすすめしています。 超音波検査を希望されますか？</p>	はい	いいえ
<p>4) 風疹抗体検査(血液検査)について (以下の条件を満たす方は無料です。) 19歳から59歳の方で今後妊娠出産希望の方、または妊娠中、妊娠希望の方と同居されている方で過去に目黒区の助成を受け検査やワクチン接種をされていない方。 風疹抗体検査を希望されますか？</p>	はい	いいえ

※裏面の記入もお願いします。



最後の生理はいつからですか？	月 日から 日間	閉経 才
婦人科の内診経験はありますか？		あり ・ なし
性交経験はありますか？		あり ・ なし
現在妊娠中・もしくは妊娠の可能性はありますか？		あり ・ なし
<p>これまでの妊娠出産についてお書き下さい。(0回もご記入ください)</p> <p>妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 流産 _____ 回 中絶 _____ 回</p> <p>現在 (妊娠中 ・ 授乳中)</p>		
薬剤等のアレルギーはありますか？		あり ・ なし
<p>(ありの方は、以下に当てはまるものに○をお書きください)</p> <p>アルコール ・ ゴム製品 (ラテックス) ・ 痛み止め ・ 抗生物質</p> <p>その他 (_____)</p>		