

フリガナ 名 前	〒 住所
自宅電話番号	携帯電話
勤務先	勤務先住所
勤務先電話番号	

お名前 _____ 年齢 _____

1) どうなさいましたか

2) あなたの月経について

- ①はじめて月経をみた年齢 () 歳 ~ 閉経 () 歳
- ②最後の月の月経はいつでしたか
 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 (その前は _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間)
- ③月経は順調 () 日型 不順 (周期は月経開始日より次の月経開始の前日までの日数)
- ④月経は何日間続きますか () 日間
- ⑤月経の量は 多い 普通 少ない
- ⑥月経のとき痛みますか はい いいえ

3) あなたは性交経験がありますか はい いいえ

- ①妊娠したことはありますか はい いいえ
- ②妊娠したことのある方は下記よりお選び下さい

歳	人工流産	自然流産	出産
歳	人工流産	自然流産	出産
歳	人工流産	自然流産	出産
歳	人工流産	自然流産	出産
歳	人工流産	自然流産	出産

4) 今までかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ①病気にかかったことはありますか はい いいえ
 () () 歳の時
 () () 歳の時
- ②手術を受けたことはありますか はい いいえ
 () () 歳の時
 () () 歳の時
- ③アレルギー体質と医師に言われたことはありますか はい いいえ
- ④薬や注射で副作用を起こしたことはありますか はい いいえ
- ⑤喘息にかかったことはありますか はい いいえ
- ⑥輸血を受けたことはありますか はい いいえ

5) 家族の中に特別な病気の人はいますか

いる いない (遺伝病 高血圧 糖尿病 癌 その他)

6) あなたの身長 () cm 体重 () kg 血液型 () 型 RH ()

7) 喫煙の習慣はありますか はい いいえ (1日 本)

8) 子宮がん検診を受けたのはいつ頃でしたか _____ ない