

※太枠内を必ず記入してください。

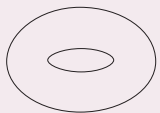
検診日 年 月 日

住所	赤磐市						
フリガナ						性別	女
氏名							
生年月日	昭・平	年齢	歳				
	年 月 日		(平成31年3月31日時点の年齢)				
電話番号	-	あなたの番号					

受診歴	年 月	結果	細胞診 ()
			内診 ()
月経の状態	初潮(歳) 閉経(歳)	周期はどうか	() 日 順調 ・ 不順
		痛みはありますか	なし ・ あり
		量はどうか	多い ・ 普通 ・ 少ない
		最近の月経はいつでしたか	月 日 ~ 月 日
出産経験	無・有 (出産回数 回)		
婦人科既往歴	無・有 { 子宮がん・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・頸管ポリープ 高度子宮後屈・膣炎・その他 () *婦人科手術歴 なし・あり (年:手術名) *ホルモン剤の使用 なし・あり *子宮内避妊器具の使用 なし・あり		
自覚症状 (気になる症状)	無・有 { 不正出血・痛み・むくみ・おりもの・しこり その他 ()		

＜子宮頸がん検診についての注意事項＞

- 着脱しやすいスカート等の服装でおいでください。
- 集団けんしんでは、細胞採取器具にブラシを使っています。
そのため、検査後に少量の出血があったり、痛みを感じる場合があります。
- 生理中、妊娠中の受診はおことわりしています。
- 検診車内で医師より内診結果について説明をうけることがあります。ご了承ください。

視診・内診	実施医療機関名
検体番号： 	担当医師 ()

所見	0. 異常なし	1. 膣部ビラン	2. 膣炎	3. 老人性膣炎	4. 頸管ポリープ	5. 尿道口カルンケル
	6. 頸管炎	7. 白斑症	8. 子宮筋腫	9. 筋腫性子宮	10. 卵巣のう腫	11. 高度子宮後屈
見	12. 膣壁下垂	13. ナボット氏小体	14. パルトリン腺のう腫	15. 外陰炎	16. 膀胱炎	17. 機能性出血
	18. 子宮脱	19. 膣カンジダ症	20. 附属器炎	21. 尿路疾患	22. 子宮内膜症	23. 子宮がん
	99. その他 ()					
指導区分	1. 異常なし 2. 要観察 3. 要治療 4. 要精検					