【子宮がん検診問診票 N】

記入した日付（　　年　　月　　日）

フリガナ
氏名（　　）　　年齢（　　）歳

①今までに妊娠した回数（　　）回

経膣分娩（　　）回・・年月日；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

②月経に関して　　最終月経（　　）月（　　）日　～　（　　）月（　　）日まで

③本日、超音波エコー検査を希望しますか？（保険適用で 1590 円です）

はい（　　）、　　いいえ（　　）

④最終子宮癌健診：（　　）年（　　）月（　　）日、

結果：異常（なし、あり；＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）