

当院は目黒区検診でご来院いただいた方にはこの問診票の内容に沿った診察・検査を行っております。

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</p> <p>区の受診券で子宮がんが対象の方は無料です。</p> <p>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</p> <p>『年齢 45 歳以上』の方で『不正出血や月経異常・褐色帯下などの自覚症状がある』場合は区の受診券で子宮がんが対象であれば無料です。</p> <p>条件を満たしていないが検査を希望される方には 3)経膈超音波検査(有料) を行い、医師が検査必要か判断いたします。</p> <p>子宮体がん検診を希望されますか？</p> <p>※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。また、検体採取の際に痛みを伴います</p>	はい	いいえ
<p>3) 経膈超音波検査について</p> <p><u>別途診察料が必要</u>です。保険診療の適応になる場合は 1600 円程度です。</p> <p>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。</p> <p>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</p> <p>以下の条件を満たす方は、無料で検査が受けられます。 (検査の結果で抗体価が 16 以下の方は無料でワクチン接種も可能です。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 将来的に妊娠を検討されている方 ● 妊娠中、妊娠希望の方と同居されている方 ● 年齢 19 歳～59 歳の方(ワクチン接種必要となった場合、ワクチン接種日の対象年齢も同様ですご注意ください) <p>※過去に目黒区の助成を受け風疹の検査やワクチン接種をされている方は対象外</p> <p>風疹抗体検査を希望されますか？</p>	はい	いいえ
<p>5) 上記 1) ～4) の他に、婦人科で気になっている事・相談したいことはありますか？(別途診察料が必要です。)</p> <p>（簡単に内容を記入してください。）</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 90%; margin: 5px auto;"></div>	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>		