

## 文京区子宮がん検診

				年	月	日
<small>ふりがな</small>			生年月日	年	月	日
お名前				年齢	歳	
ご住所	〒		電話番号			
その他連絡先	ご関係		メールアドレス			
<small>※電話番号とは違う番号をご記入ください</small>	( )					
最終月経	年	月	日～	閉経	歳	

性交渉の経験はありますか？			<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
妊娠中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> いいえ	
月経周期は順調ですか？			<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
			生理周期【 日型】 / 量【多 普 少】		
不正出血はありますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
子宮体がん検査を希望しますか？			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
※検査には痛みを伴い、細菌感染等のリスクがあります。そのため40歳以下もしくは不正出血の症状がない方にはおすすめしません。					
妊娠したことはありますか？			<input type="checkbox"/> はい <small>(下記もご記入ください)</small>	<input type="checkbox"/> いいえ	
・流産	回【 年 月】	・中絶	回【 年 月】	・子宮外妊娠	回【 年 月】
・正常経膣分娩	回【 年 月】	・帝王切開	回【 年 月】		
アレルギーはありますか？			<input type="checkbox"/> はい( )	<input type="checkbox"/> いいえ	
結果受け取り方法			<input type="checkbox"/> 受付	<input type="checkbox"/> 郵送 <small>(郵送料100円)</small>	