

(記入された事項は、結果票に記載する場合がございます。予めご了承ください。)

受診者	生年 月 日 様 年齢 才 (受診日現在) 性別
-----	--------------------------------

下記の項目を記入してください。

職業 年齢 歳 身長 cm 体重 kg [既婚・離婚・未婚 (S : +、-)]

該当するところに一つ斜線を、または該当する数字を書いてください。 例: 数字の場合の例:

1. 以下の症状がありますか?

1	1. 特になし <input type="checkbox"/> 2. 痛みがある <input type="checkbox"/> 3. 不正出血 <input type="checkbox"/> 4. おりものが気になる <input type="checkbox"/>
	5. 更年期障害について <input type="checkbox"/> 6. 性病 <input type="checkbox"/> 7. その他 <input type="checkbox"/>
2	上記の中で最もあてはまる症状の番号を右に書いてください。 ⇒ <input type="text"/>

2. 月経について

3	初潮 () 歳 ⇒ <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
4	閉経 () 歳 ⇒ <input type="text"/> <input type="text"/> 歳
5	最終月経は (①) 月 (②) 日から始まり、(③) 日間続いた。 ⇒ ① <input type="text"/> <input type="text"/> 月 ⇒ ② <input type="text"/> <input type="text"/> 日から始まり、 ⇒ ③ <input type="text"/> <input type="text"/> 日間続いた。
6	月経 (順・不順) ⇒ <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順
7	周期 (① ~ ②) 日 ⇒ ① <input type="text"/> <input type="text"/> 日から、 ⇒ ② <input type="text"/> <input type="text"/> 日の周期。
8	月経の量 (少ない・普通・多い) ⇒ <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 多い
9	月経痛 (弱い・普通・強い) ⇒ <input type="checkbox"/> 弱い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 強い

3. これまで何か病気をしたり、手術を受けたことがありますか?
該当する病名がある場合は病名リストの番号を記入してください。

例 病名番号

病名リスト	病名番号	年齢	治療内容 (手術名)	現在の状態
01) 子宮筋腫				
02) 卵巣嚢腫 (右)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
03) 卵巣嚢腫 (左)				
04) 子宮内膜症				
05) 子宮癌 (頸癌)	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
06) 子宮癌 (体癌)				
07) 卵巣癌				
08) 乳癌	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
09) その他				

この枠は記入しないで下さい。

受診日	<input type="text"/>	コース	<input type="text"/>	受診番号	<input type="text"/>	個人番号	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

(記入された事項は、結果票に記載する場合がございます。予めご了承ください。)

受診者	生年 月日 様 年齢	年 月 日 才 (受診日現在) 性別
-----	------------------	-----------------------

該当するところに一つ斜線を、または該当する数字を書いてください。

例: 数字の場合の例:

0	1
---	---

10	服用中の薬はありますか?	⇒ <input type="checkbox"/> はい	⇒ <input type="checkbox"/> いいえ
11	喘息・その他の特異体質はありますか?	⇒ <input type="checkbox"/> はい	⇒ <input type="checkbox"/> いいえ
12	家族や血縁関係に何か病気はありますか?	⇒ <input type="checkbox"/> はい	⇒ <input type="checkbox"/> いいえ

4. 妊娠分娩歴

13	合計: 妊娠()回	⇒	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 回		
14	分娩()回	⇒	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 回		
15	内訳: 正常分娩()回	⇒	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 回		
16	(その他:)				

	⇒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---	--------------------------	--------------------------

5. 乳腺について

17	右記の症状がありますか?	⇒ <input type="checkbox"/> 特になし	⇒ <input type="checkbox"/> しこり		
		⇒ <input type="checkbox"/> 違和感	⇒ <input type="checkbox"/> 異常分泌		
18	以前、乳房検診をうけられたことがありますか?	⇒ <input type="checkbox"/> はい	⇒ <input type="checkbox"/> いいえ		
19	検査の時期 西歴(①)年(②)月 頃 * 2000年以降の検査についてご回答ください。	⇒ ① 20	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 年		
		⇒ ②	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 月 頃		
20	医療機関はどこですか?	⇒ <input type="checkbox"/> 当院	⇒ <input type="checkbox"/> 他院		
21	実施検査は何ですか?	⇒ <input type="checkbox"/> 触診	⇒ <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> マンモ		
22	ご家族(3親等以内)で、乳ガンと診断された方はいらっしゃいますか?	⇒ <input type="checkbox"/> いる	⇒ <input type="checkbox"/> いない		
23	女性ホルモン剤を服用されていますか?	⇒ <input type="checkbox"/> ある	⇒ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前ある		
24	現在、授乳中ですか?	⇒ <input type="checkbox"/> はい	⇒ <input type="checkbox"/> いいえ		
25	豊胸手術をされていますか? <small>* 豊胸手術をされている方のマンモグラフィ受診は、危険を伴う場合がございます。</small>	⇒ <input type="checkbox"/> はい	⇒ <input type="checkbox"/> いいえ		

ご協力ありがとうございました。

この枠は記入しないで下さい。

受診日	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							コース	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					受診番号	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							個人番号	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								