

問診票記入例

問診票は中央の点線以外ところでは折り曲げたり、汚したりしないでください。
濃い鉛筆で、**□** は **□** を、**○** は数字を記入してください。

健康診断を受診する前に、
必ず問診票の裏面をご確認のうえ
記入例を参考に、ご記入ください

聖隷福祉事業団 保健事業部

聖隷福祉事業団 保健事業部

※太枠内を濃い鉛筆でご記入ください。□の欄は該当するものに縦線□をご記入ください。○の欄は数字をご記入ください。

子宮頸がん検診問診票 39

カルテ管理番号 0050000459

受診日 受診No. 実施項目 総合No.

地区組織 88888888

自宅住所 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453番地の1

フリガナ 氏名 セレイ ハコ 性別 女 生年月日 西暦 1981年 10月 17日

番号 日中連絡先 053-XXX-XXXX (自宅・携帯・勤務先)

保険証記号・番号 校番号 (本人・家族) 保険者番号

精密検査と診断された場合の希望施設の番号をご記入ください。 1. 健診センター(浜松市中区住吉) 3. 沼津健診センター(沼津市本字) 5. 健康サポートセンター Shizuoka (東静岡駅南口) 9. その他(主治医・お近くの医院)

・子宮頸がん検診(細胞診) 直近の受診歴 なし 1年前 2年前 3年前 4年以上前

・妊娠したことがありますか いいえ はい

・最近の経歴 閉経 不順 痛経

・既往歴・現病歴

子宮頸がん 88才 子宮筋腫 88才

子宮がん 88才 子宮内腫瘍 88才

卵巣がん 88才 卵巣のう腫 20才

その他の子宮・卵巣の病名 (病名) 88888888

・子宮卵巣の摘出手術を受けたことがありますか ない ある

・血縁で卵巣がん・子宮体がんの方がいますか いいえ はい

・月経以外の出血はありましたか いいえ はい

・HPVワクチンの接種 なし あり

3. 鎮痛剤の使用 ない あり

内診病名	内診判定	子宮頸部	検体不適
<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> ドロモナス	<input type="checkbox"/> NILM	<input type="checkbox"/> 判定細胞数不足
<input type="checkbox"/> ポリープ	<input type="checkbox"/> カンジダ	<input type="checkbox"/> ASC-US	<input type="checkbox"/> 炎症
<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 頸管炎症	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> 乾燥
<input type="checkbox"/> 子宮筋腫	<input type="checkbox"/> 子宮腔脱	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 子宮内腫瘍	<input type="checkbox"/> がんの疑い	<input type="checkbox"/> ASC-H	<input type="checkbox"/> 細胞診判定
<input type="checkbox"/> 子宮内腫瘍	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> H SIL(中等度)	<input type="checkbox"/> Cx
<input type="checkbox"/> 付属腫瘍		<input type="checkbox"/> H SIL(高度)	<input type="checkbox"/> D2
<input type="checkbox"/> 小児頭大		<input type="checkbox"/> H SIL(上皮内)	
		<input type="checkbox"/> SCC	

所見 88 88

細読診察医 { } 細胞検査士 { }

※太枠内を濃い鉛筆でご記入ください。□の欄は該当するものに縦線□をご記入ください。○の欄は数字をご記入ください。

乳がん検診問診票 40

カルテ管理番号 0050000459

受診日 受診No. 実施項目 総合No.

地区組織 88888888

自宅住所 〒433-8558 静岡県浜松市北区三方原町3453番地の1

フリガナ 氏名 セレイ ハコ 性別 女 生年月日 西暦 1981年 10月 17日

番号 日中連絡先 053-XXX-XXXX (自宅・携帯・勤務先)

保険証記号・番号 校番号 (本人・家族) 保険者番号

精密検査と診断された場合の希望施設の番号をご記入ください。 1. 健診センター(浜松市中区住吉) 9. その他(主治医・お近くの医院) 2. 予検センター(浜松市北区三方原) 5. 健康サポートセンター Shizuoka (東静岡駅南口)

・乳がん検診(マンモグラフィ) 直近の受診歴 なし 1年前 2年前 3年前 4年以上前

・乳房のセルフチェックを毎日実施していますか いいえ はい

・乳房の切除手術を受けたことがありますか ない ある

・血縁で乳がんの方がいますか いいえ はい

・該当するものはありますか ない あり

・自覚症状 なし あり

・既往歴・現病歴

乳がん 88才 線維腺腫 88才

その他の乳房の病名 (病名) 88888888

・乳房の切除手術を受けたことがありますか ない ある

・血縁で乳がんの方がいますか いいえ はい

・乳がんの大きさ

右	左	判定
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 異常なし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳房腫瘍
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳腺症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳頭異常分泌
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳房腫瘍

・乳房の大きさと形状

<大きさ> 1cm未満、1~2cm、2~3cm、3cm以上

<形> 球・円盤・不正

<硬さ> 硬・弾力性・軟

<表面> 滑・粗・不正

<辺縁> 明瞭・不明瞭

Dimpling

・乳房の大きさと形状

右	左	判定
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> B心配なし
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cx経過観察
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D2要精検
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E通院中

検査の前に、赤太枠内の項目を必ずご記入ください

検査の前に、赤太枠内の項目を必ずご記入ください

精密・再検査が必要になった場合、どの施設にて受診したいか番号をご記入ください

自覚症状がある場合は、記入してください。症状のある場所が分かっている場合は体の部位に○をつけてください

直近で受診されたがん検診の受診歴をご記入ください (当センター以外も含む)

直近で受診されたがん検診の受診歴をご記入ください (当センター以外も含む)

別紙「がん検診・健康診断のご案内」の説明をご一読の上、□にレ点をご記入ください