

記入例

受診前までに、受診票裏面の「問診記入にあたっての注意」をお読みになり、下記の太線内  を、鉛筆またはシャープペンでご記入ください。すでに印字されたお名前等に変更がある場合は、二重線にて訂正願います。

子宮頸がん・乳がん検診受診票（職域健診）

事業所名		テスト事業所（宇都宮事業所）	
受付番号		フリガナ	
氏名		様	
性別	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>	職員コード	<input type="text"/>
生年月日	1 明治 3 昭和 4 平成 <input type="text"/>	年齢	<input type="text"/> 歳
所属コード	<input type="text"/>	所属名	<input type="text"/>
雇入年月日	3 昭和 4 平成 <input type="text"/>	続柄	本 <input type="checkbox"/> 配 <input type="checkbox"/>
記号	番号	承認番号	<input type="text"/>
保険証	<input type="text"/>		

子宮頸がん検診を受ける方  
治療中：薬による治療を受けている方 観察中：医師による経過観察の方

【既往歴】特になし  初回受診

子宮頸がん	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
子宮体がん	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
子宮筋腫	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
ホルモン剤の使用（現在）	4	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>			

【自覚症状】

なし	<input type="checkbox"/>	おりもの	2	<input type="checkbox"/>
不正出血	1	月経不規則	3	<input type="checkbox"/>

【医師の指導事項】

ポリープ 1  びらん 2

医師名

個 負担金

診 コ ー ス

内容のご確認、ご記入をお願いします。

- 氏名  
漢字、フリガナの確認をお願いします
- 性別  
該当する方に斜線を引いてください
- 職員、所属コード  
ある方のみ右詰めでご記入ください
- 生年月日  
和暦でお願いします
- 年齢  
令和7年4月1日での該当年齢
- 保険証記号、番号  
保険証に書かれた数字をご記入ください

超音波

健診受診確認

骨粗鬆症  V-P  シェント  出血傾向

全員の方

生理中（後3日以内を含む）

妊娠中  妊娠の可能性

最近の生理  月  日

～  月  日

閉経  才

出産の有無 あり  なし

最後の出産  才 帝切のみ

授乳経験 あり  なし

【がん既往歴】 特になし

( ) がん  才

【家族歴】 特になし

胃がん	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺がん	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腸がん	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
前立腺がん	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
子宮がん	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳がん	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
卵巣がん	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

乳がん検診を受ける方  
治療中：薬による治療を受けている方 観察中：医師による経過観察の方

【既往歴】特になし

乳がん	1	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
線維腺腫	2	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
のう胞	3	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
乳腺症	4	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
乳腺炎	5	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
その他の乳房の手術	6	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢	<input type="text"/>	才

【自覚症状】

なし	<input type="checkbox"/>	現在授乳中	1	<input type="checkbox"/>
しこり	1	右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー	2
いたみ	2		豊胸手術	3
乳汁以外の分泌物	3			

【確認事項】 ( )