

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	
生年月日	1 明治 3 昭和 4 平成	年齢	歳
所属コード	所属名		
雇入年月日	3 昭和 4 平成	続柄	本 <input type="checkbox"/> 配 <input type="checkbox"/>
保険証	記号	番号	承認番号

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中の方

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

【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
年齢基準日での該当年齢
- 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

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中の方

【既往歴】特になし

乳がん	1	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年齢		才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
線維腺腫	2	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
のう胞	3	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
乳腺症	4	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
乳腺炎	5	右 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
		左 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			才
その他の乳房の手術	6	右 <input type="checkbox"/>					才
		左 <input type="checkbox"/>					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 <input type="checkbox"/>
いたみ	2			豊胸手術 3 <input type="checkbox"/>
乳汁以外の分泌物	3			()

【確認事項】()