

《 婦人科検診問診票 》

受診日 年 月 日

フリガナ

ID 氏名 ( 歳)

① 月経歴	初潮( 歳) 閉経 しない ・ した( 歳) 最終月経 ( 年 月 日 から 日間) ・ 現在生理中 月経周期 ( 日型 ・ 不順) 量 ( 多 ・ 中 ・ 少 )						
② 月経痛	なし ・ あり ( 痛み止め使用 ・ 我慢できる )						
③ 結婚歴	初婚年齢 歳 ・ 未婚 未婚の方はセックスの経験: 有 ・ 無						
④ 妊娠歴	なし ・ あり ( 初産 歳 ) 現在の妊娠 なし ・ あり 妊娠 回 分娩 回 ( そのうち帝王切開 回) 流産 回						
⑤ 授乳歴(末子)	なし ・ 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ・ 現在授乳中						
⑥ ホルモン剤の使用経験	なし ・ あり						
⑦ 婦人科疾患既往	なし ・ 子宮筋腫 ・ 子宮頸がん ・ 子宮内膜症 ・ 卵巣のう腫( 右 ・ 左 ) ・ その他( ) 子宮手術( 全摘出 ・ 部分 ) 卵巣手術【 全摘出 ( 右 ・ 左 ) ・ 部分( 右 ・ 左 ) 】						
⑧ HPVワクチン接種	なし ・ あり 3回目接種終了 年 月 ガーダシル ・ サーバリックス						
⑨ 乳房疾患既往	なし ・ 乳腺炎 ・ 線維腺腫 ・ 乳腺症 ・ その他 ( ) 乳房手術の既往 ( なし ・ あり ) 乳がんの既往 ( なし ・ あり )						
⑩ 血縁者のがん	子宮がん なし ・ あり ( 続柄 ) 卵巣がん なし ・ あり ( 続柄 ) 乳がん なし ・ あり ( 続柄 ) その他のがん(部位 ) なし ・ あり ( 続柄 )						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">子宮がん検診</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">乳がん検診</td> </tr> <tr> <td>受診歴 : 無 ・ 有 ( 年 月 ) 異常なし ・ 異常あり ( )</td> <td>受診歴 : マンモグラフィ 無 ・ 有 ( 年 月 ) 超音波検査 無 ・ 有 ( 年 月 ) 異常なし ・ 異常あり ( )</td> </tr> <tr> <td>                     &lt;自覚症状&gt;                      ① 性器出血 無 ・ 有                      ② おりもの 無 ・ 有                      ③ かゆみ 無 ・ 有                      ④ その他気になること 無 ・ 有                      ( )                      -----                      ラテックスアレルギー 無 ・ 有                      -----                 </td> <td>                     &lt;自覚症状&gt;                      ① しこり 無 ・ 有                      ② 変形 無 ・ 有                      ③ 痛み 無 ・ 有                      ④ 乳頭分泌 無 ・ 有                      ⑤ リンパ節のはれ 無 ・ 有                      ⑥ その他気になること 無 ・ 有                      ( )                 </td> </tr> </table>		子宮がん検診	乳がん検診	受診歴 : 無 ・ 有 ( 年 月 ) 異常なし ・ 異常あり ( )	受診歴 : マンモグラフィ 無 ・ 有 ( 年 月 ) 超音波検査 無 ・ 有 ( 年 月 ) 異常なし ・ 異常あり ( )	<自覚症状> ① 性器出血 無 ・ 有 ② おりもの 無 ・ 有 ③ かゆみ 無 ・ 有 ④ その他気になること 無 ・ 有 ( ) ----- ラテックスアレルギー 無 ・ 有 -----	<自覚症状> ① しこり 無 ・ 有 ② 変形 無 ・ 有 ③ 痛み 無 ・ 有 ④ 乳頭分泌 無 ・ 有 ⑤ リンパ節のはれ 無 ・ 有 ⑥ その他気になること 無 ・ 有 ( )
子宮がん検診	乳がん検診						
受診歴 : 無 ・ 有 ( 年 月 ) 異常なし ・ 異常あり ( )	受診歴 : マンモグラフィ 無 ・ 有 ( 年 月 ) 超音波検査 無 ・ 有 ( 年 月 ) 異常なし ・ 異常あり ( )						
<自覚症状> ① 性器出血 無 ・ 有 ② おりもの 無 ・ 有 ③ かゆみ 無 ・ 有 ④ その他気になること 無 ・ 有 ( ) ----- ラテックスアレルギー 無 ・ 有 -----	<自覚症状> ① しこり 無 ・ 有 ② 変形 無 ・ 有 ③ 痛み 無 ・ 有 ④ 乳頭分泌 無 ・ 有 ⑤ リンパ節のはれ 無 ・ 有 ⑥ その他気になること 無 ・ 有 ( )						

# 個人情報の取扱いに関する同意書

受診者の個人情報は、個人情報保護法、医療関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、情報漏洩や不正が生じないよう「個人情報保護方針」を定め、万全の体制のもと適正に取り扱います。

個人情報とは、お名前、ご住所、生年月日、性別などお客様自身に関する情報、および人間ドック・健康診断により得られる問診、検査データ、フィルムなどの検査情報、保健指導、精密検査等により得られる情報をいいます。

また、個人情報の当院での利用および提供に関して下記の通りの取扱いをさせていただきます。人間ドック・健康診断を受診していただく前に必ずご一読いただきますようお願い申し上げます。なお、ご不明な点はお問い合わせください。

## 1. 個人情報の利用に関して

人間ドック・健康診断により得られた個人情報は、疾病の早期発見・早期治療および保健指導などによる健康状態・生活習慣改善、検査精度の管理を適切に行うために、個人的に連絡を取らせていただく事があります。

## 2. 個人情報の第三者提供に関して

事業主や所属する健康保険組合など、契約団体の補助を受けて行う健診では、事業主などから健診結果の報告を義務付けられています。そのため、個人情報が担当部署に提出されることとなります。また、健診代行機関が介在する場合でも同様のことがあります。

個人情報の提供を望まれない方は、事前にその旨をお伝えください。

なお、所属団体によっては必ずしも義務付けがされていない場合もありますので事業主などにご確認ください。

医療保険業務にて、保険者への照会や保険者からの照会への回答に個人情報が必要になる場合があることをご承知おきください。

## 3. 法人内での情報共有

効率的な診察や治療・検査の実施を目的に、当法人内において情報を共有する場合がありますことをご承知おきください。

## 4. 同意の取り消しについて

本同意書でご同意をいただいた後でも同意を取り消すことができますので、下記までお問い合わせください。

社会医療法人抱生会 丸の内病院 健診センター

TEL 0263-28-0055

お問い合わせ時間 9時～17時（但し、月曜日から金曜日、祝祭日を除く）

社会医療法人抱生会 丸の内病院 院長 百瀬 敏充 殿

私に関する個人情報を上記のとおり取り扱うことに同意します。

年 月 日

フリガナ

本人署名