

宫颈癌、乳腺癌检查的问诊

1) 家属病历 没有

	①乳腺癌	②宫颈癌	③子宫癌
母亲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姐妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) 怀孕中 (有怀孕的可能) 没有 有

宫颈癌检查的问诊

1) 闭经年龄 歳

2) 最后例假

※闭经后的人不用填写

() 年 () 月 () 日起 () 天
 例假 正常 () 天 不正常
 例假量 少 普通 多
 痛经 没有 有

3) 关于怀孕分娩 (没有的话请填写0)

怀孕次数 次 自然流产次数 次 (包括流产)

分娩次数 次 人工流产次数 次

乳腺癌检查

• 1-R • 2-R
NO

宫颈癌检查的现病史、既往病史

没有 ※有无做过手术 (破腹产除外)

	治疗中	治愈	放任	手术	年龄
子宫肌瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
子宫癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
阴道糜烂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
阴道炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
息肉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
子宫内膜异位症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
子宫腺肌病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
宫外孕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

卵巢肿瘤 (右·左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
输卵管炎 (右·左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
其他妇科疾病 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

子宫癌检查就诊经历

没有 有 → 没有异常 有异常
 说明

4) 有无破腹产

没有 有 () 次

5) 其他问诊

①没有
 ②下腹部有膨胀感
 ③阴部发痒
 ④有白带
 [· 少量 · 多量]
 [· 白色 · 黄色]
 ⑤有不正出血
 [· 少量 · 多量]
 [· 鲜血 · 褐色 · 淡色]

性经验

没有 有

有无使用荷尔蒙剂

没有 有

HPV接种史 (宫颈癌疫苗)

没有 有

最后接种日
 () 年 () 月
 () 次接种

宫颈癌检查 (20岁以上)

NO

医生填写栏

阴道糜烂	子宫肌瘤
<input type="checkbox"/> 可疑 <input type="checkbox"/> 确诊	<input type="checkbox"/> 可疑 <input type="checkbox"/> 确诊
阴道炎	右卵巢肿瘤
<input type="checkbox"/> 可疑 <input type="checkbox"/> 确诊	<input type="checkbox"/> 可疑 <input type="checkbox"/> 确诊
颈管息肉	左卵巢肿瘤
<input type="checkbox"/> 可疑 <input type="checkbox"/> 确诊	<input type="checkbox"/> 可疑 <input type="checkbox"/> 确诊

判定

没有异常 过程观察 要治疗 (要医疗护理)

其他 [] 结果反映 (不要·要)

医生NO

乳腺癌检查的现病史、既往病史

没有

	治疗中	治愈	放任	手术	年龄
乳腺炎 (右·左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
乳腺病 (右·左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
纤维腺瘤 (右·左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
乳腺癌 (右·左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
切除范围 → ()					
其他乳房的疾病 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

乳腺癌检查就诊经历 没有 有

乳腺癌检查的问诊

①没有
 ②乳房疼痛 (③右 ④左 ⑤两侧)
 ⑥乳房有疙瘩 (⑦右 ⑧左 ⑨两侧)
 ⑩乳头有分泌物

有无插入起搏器

没有 有

有无做过丰胸手术

没有 有

哺乳史

没有 有

哺乳中

· 是 ※包括断乳后1个月以内

工作人员评论