

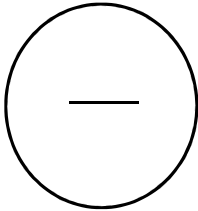
Questionário médico para exame de saúde (exame para Câncer de Útero)

Data do exame	Endereço: Higashihiroshima-shi	TEL	-	-		
Nome hospital	Furigana	idade completa	T	S	H	
Nome médico	Nome	anos	nascimento	ano	mês	dia
carimbo	Número do bilhete	Espaço para o médico preencher	Certificado Gratuito	Sim	·	Não

※Preencher apenas os espaços mais escuro

P r e n c h a , p o r f a v o r	1. Até agora, você já realizou exame para detectar câncer de útero? <input type="checkbox"/> sim (mais ou menos no ano__mês__) <input type="checkbox"/> não, nunca ↳ resultado do exame: <input type="checkbox"/> anormal () <input type="checkbox"/> normal
	2. Você já teve alguma doença de útero? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (nome da doença:) com__anos <input type="checkbox"/> atualmente em tratamento
	3. Escreva abaixo sobre sua menstruação: Primeira menstruação (com__anos) / menopausa: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (com__anos) Menstruação mais recente: (a partir do mês__dia__, com duração de __dias)
	4. Escreva sobre histórico de gravidez: <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sim (__vezes) / parto__vezes)
	5. Escreva se há algum dos sintomas citados abaixo, nos últimos 6 meses: ① problemas menstruais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ↳ <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> bastante fluxo de sangue <input type="checkbox"/> dor severa ② sangramento irregular <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ↳ Quantidade (<input type="checkbox"/> pouco fluxo <input type="checkbox"/> bastante fluxo) / Cor (sangue vivo · marrom · ③ corrimento <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ↳ Quantidade (<input type="checkbox"/> pouco fluxo <input type="checkbox"/> bastante fluxo) / Cor (incolor · branco · amarelo ④ coceira na área pubiana <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ⑤ outros ()
	6. Marque os itens abaixo, de acordo com as condições recentes: <input type="checkbox"/> dor nas costas <input type="checkbox"/> falta de apetite <input type="checkbox"/> emagreci (__kgs) <input type="checkbox"/> me canso fácil <input type="checkbox"/> outros ()

Resultado do exame de câncer de útero

o m é d i c o p r e e n c h e	Exame interno	Citologia
	Observação	Critério (classificação Bethesda)
① nenhuma anormalidade	colposcópico 	※ Resultado do exame circulado
② erosão vaginal		① não é necessário exame minucioso (NILM)
③ vaginite		② necessário exame minucioso (ASC-US)
④ pólipos (canal cervical / íntimo)		③ exame minucioso 1 ASC-H · LSIL · HSIL AGC · AIS
⑤ atrofia uterina		④ exame minucioso 2 Adenocarcinoma · SCC · Outros
⑥ hipertrofia uterina		⑤ sem medição
⑦ mioma uterino		
⑧ tumor ovariano		
⑨ outros ()		
Resultado do exame de câncer de útero	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> em acompanhamento () <input type="checkbox"/> necessário exame minucioso	
confirmação de exame minucioso	<input type="checkbox"/> exame minucioso realizado <input type="checkbox"/> exame agendado <input type="checkbox"/> apresentado para outro hospital ↳ data (/) método do exame () resultado (não precisa acompanhamento · acompanhamento · necessário t	