婦人科（子宮がん・乳がん）医療機関検診申請書

申請日	年　　月　　日
申請内容	※希望する項目に〇をつけてください。 **子宮がん検診　・　乳がん検診**
（ふりがな） 受診者氏名	
生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日　（　　歳） 平成 （＊年齢は，該当年度末日の時点での年齢を記入してください）
住　所	つくばみらい市 （＊アパート名等も必ず記入してください）
電話番号	
受診予定医療機関	
受診予定日	令和　　年　　月　　日
＊受診者と申請者が異なる場合にはご記入ください。 申請者氏名（　　）　電話番号（　　）	

・・・婦人科検診を希望される方にお伺いします・・・

当てはまるものに〇をつけてください。

1，妊娠中ですか？

はい　・　いいえ

2，子宮がん検診を希望される方にお伺いします。

(1) 不正出血等の自覚症状はありますか？

はい　・　いいえ

→ 医療機関で経過観察中，または治療中ですか？

はい　・　いいえ

3，乳がん検診を希望される方にお伺いします。

(1) 乳房のしこり，痛み，乳頭からの分泌物等の自覚症状はありますか？

はい　・　いいえ

→ 医療機関で経過観察中，または治療中ですか？

はい　・　いいえ

（以下は市が記入する欄）

交付番号	子宮がん	乳がん