

横浜市無料クーポンによる子宮頸がん検診申込用紙

記入日：平成 年 月 日

クーポンは基本的に20歳の方のみに 横浜市よりご自宅に郵送されています
2年に一度使用できる 横浜市子宮頸がん検診の割引のものとは別のものです
ふ り が な

名前：_____

年齢：() 歳 生年月日 (昭和・平成 年 月 日)

希望連絡先をえらんでください(自宅・携帯)：() - () - ()

*何かあった場合、こちらから電話をかけてもよい番号を記入してください。

自宅でも携帯でも構いません。お好きな方を選んでください。

最近の月経はいつから始まりましたか？(月 日) ~ 日間

性行為の経験はありますか？ はい・いいえ

婦人科診察の経験はありますか？ はい・いいえ

妊娠の回数：(回) 出産の回数(回)

確認事項です。

以下の内容を確認して、よろしければ□の欄にチェックをいれてください。

- 子宮頸がん検診の無料クーポン券をお持ちですか？当日必ず持参してください
クーポンはお札ぐらいの大きさです。封筒の中身を確認してください。
横浜市から郵送されても、対象の方以外はクーポンが入っていません。
ご注意ください。
- 予約はインターネットからのみです。**無料クーポン** で予約してください
- 当日は、子宮頸がん検診のみとなります。
超音波検査での子宮筋腫や卵巣のチェック、おりもの検査、その他の相談、検査は
おうけできません。
これらの検査も合わせてご希望の方は **一般診察** でご予約ください。
☆反対に、無料クーポンのみの検査は **一般診察** では予約しないでください。
- 当日は、ご本人様を確認させていただく為に、保険証または運転免許証が必要になります。必ず持参してください。
- 当クリニックを受診されたことがある方は、この用紙と診察券をお持ちください。
- 横浜市の子宮がん検診は 本年度の間に一回限りです。

検査結果の報告は郵送を希望しますか？来院を希望しますか？ 郵送 来院