

妻【横浜市各種検診問診票】*横浜市の方対象*

氏名

※横浜市在中の方のみに伺います。 当てはまるものに☑をお願いします。

◆横浜市子宮頸がん検診接種

横浜市の子宮頸がん検査を2年以内に受けたことがある

はい いいえ

はいと答えた方

- 検査結果を持参している ※ご提出をお願いします
- 後日検査結果を持参する
- 検査結果を紛失した

いいえと答えた方

- 当院での実施を希望する ※問診票の記入を案内します
- 当院での実施を希望しない ※他院での実施の場合、検査結果をご持参ください。
- その他()

他院にて子宮頸がんを1年以内に受けたことがある

はい いいえ

はいと答えた方

- 検査結果を持参している ※ご提出をお願いします
- 後日検査結果を持参する
- 検査結果を紛失した

いいえと答えた方

- 当院での実施を希望する ※横浜市子宮頸がん検診も受けていない場合、問診票の記入を案内します。
- 当院での実施を希望しない ※他院での実施の場合、検査結果をご持参ください。
- その他()

◆横浜市風しん抗体検査 *横浜市在中の方のみ対象*

過去に風しん抗体検査をしたことがある

はい いいえ 分からない

※はい 分からない と答えた方は対象外となります。

過去2回以上麻しん・風しん(MR)ワクチン接種をしたことがある

はい いいえ 分からない

※はい 分からない と答えた方は対象外となります。

いいえと答えた方

- 当院での実施を希望する ※問診票の記入を案内します
 - 当院での実施を希望しない ※他院での実施の場合、検査結果をご持参ください。
- 検査の結果、免疫が不十分だった場合、MR(麻しん・風疹混合)ワクチンの接種を
- 当院での接種を希望する
 - 希望しない