

※ Preencher este questionário em lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituições Médicas. Às pessoas que marcaram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte.

1	Alguma vez, já fez o exame de câncer de colo do útero? (Papanicolaou)		Não	Sim	Esta é a <input type="text"/> vez A última vez foi no ano <input type="text"/>	7	Sobre gravidez e parto		Gravidez: <input type="text"/> vezes Parto: <input type="text"/> vezes Último parto aos <input type="text"/> anos			
					Resultado do exame anterior Não há anormalidade · · · · · Necessário fazer exame pormenorizado (Resultado do exame pormenorizado Há · Não há anormalidade)				Dentre eles: Parto normal <input type="text"/> vezes Cesária <input type="text"/> vezes			
2	Atualmente tem, ou já teve no passado, alguma doença na região do colo do útero?		Não	Sim	Em tratamento · Tratamento concluído aprox. no ano <input type="text"/> mês <input type="text"/>	8	Alguma vez, já tomou a vacina contra o HPV?		Não	Sim	Tomei a 1ª dose no ano <input type="text"/> Total de <input type="text"/> doses	
				Nome da doença ()								
3	Alguém da família (consanguínea) já teve câncer?	Câncer de colo do útero	Não	Sim	Quem? () Tipo de câncer (Câncer de colo do útero · Câncer de corpo do útero)	9	Sintomas	Sente dor?	Não	Sim	Cólica menstrual · Dor na parte inferior do ventre · Dor nas costas · Outros	
		Outros	Não	Sim	Quem? () Tipo de câncer ()							Cor (Sangue normal · Sangue claro · Sangue escuro · Outros) Quantidade / Fluxo (Intenso · Moderado · Leve) Desde <input type="text"/> meses atrás (Somente 1 vez · De vez em quando · Sempre) Quando (Após contato sexual · Ao defecar · Ao urinar · Irregular · Outros)
4	Atualmente, está utilizando algum dos itens da direita?		Não	Sim	Dispositivo intrauterino (DIU) · · · · · Pírola anticoncepcional · · · · · Outros hormônios							
5	Sobre menstruação				Iniciou aos <input type="text"/> anos Terminou aos <input type="text"/> anos Última menstruação desde o mês <input type="text"/> dia <input type="text"/> . Durante <input type="text"/> dias Ciclo regular · irregular Fluxo menstrual (Intenso · Moderado · Leve)							
6	Está grávida atualmente?		Não	Sim	Atualmente estou com <input type="text"/> meses de gravidez							

Caso tiver sintomas como sangramento fora do período menstrual, sangramento após a menopausa, etc., não espere o exame preventivo e consulte o médico o quanto antes.
生理（月経）以外の出血や閉経後の出血等自覚症状がある場合は、健診を待たずに医療機関を受診しましょう。