

Questionário do Exame de Câncer de Colo do Útero (Papanicolau)
子宮頸がん検診 問診

Ano Adm. 2026 (R8 Nendo) - Município de Toyohashi
令和8年度 豊橋市

* Preencher este questionário a lápis ou caneta preta, somente quando for realizar o exame em Instituição Médica. Às pessoas que fizeram a reserva para o Exame Coletivo, será enviado um questionário à parte. Pessoas que estão em observação ou recebendo tratamento de doença do cólo do útero, não são alvo deste exame.

1	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"/> Nome da doença ()	5	Alguma vez, já tomou a vacina contra o HPV?	Não	Sim	Tomou a 1ª dose no ano <input type="text"/> Total de <input type="text"/> doses							
	2	Alguma vez, já fez o exame de câncer de colo do útero? (Papanicolau)	Não	Sim	Esta é a <input type="text"/> vez A última vez foi no ano <input type="text"/>	6	Já teve relação sexual?	Sim Não								
Resultado do exame anterior: Não há anormalidade • Necessário fazer exame detalhado					7	Está grávida atualmente?	Não	Sim*	Atualmente estou com <input type="text"/> semanas de gravidez. * Gestantes não se enquadram no perfil para realizar este exame porque este exame está incluído no exame de saúde para gestantes.							
3	Sintomas Nos últimos 6 meses, teve sangramento além da menstruação?	Não	Sim	Cólica menstrual • Dor na parte inferior do ventre • Dor nas costas • Outros	8	Sobre gravidez e parto	Gravidez: <input type="text"/> vezes Parto: <input type="text"/> vezes Último parto aos <input type="text"/> anos Dentre eles: Parto normal <input type="text"/> vezes Cesária <input type="text"/> vezes									
				Cor (Sangue normal • Sangue claro • Sangue escuro • Outros)			9	Atualmente, está utilizando algum dos itens da direita?	Não	Sim	Dispositivo intrauterino (DIU) • Pírola anticoncepcional • Outros hormônios					
				Quantidade / Fluxo (Intenso • Moderado • Leve)							10	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)
				Desde <input type="text"/> meses atrás (Somente 1 vez • De vez em quando • Sempre)												Outros
Quando (Após contato sexual • Ao defecar • Ao urinar • Irregular • Outros)																
4	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)			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.											