



Pvm ____ / ____ /20__

Nimi _____

Synt.aika _____

Pituus _____

Paino _____

RASKAUDET

Synnytysten lukumäärä _____ Keskenmenot _____ Keskeytykset _____

KUUKAUTISET

Alkamisikä _____ Kierron pituus _____ Vuodon kesto _____

Viimeisten kuukautisten alkamispäivä _____

Vuodon määrä _____ Onko kuukautiskipuja _____

Jos epäsäännölliset, miten _____

Käytössä oleva ehkäisymenetelmä _____

VAIHDEVUODET

Kuukautisten loppumispäivä _____

Hormonikorvaushoitovalmisteen nimi, mikäli käytössä _____

Emättimen paikallishoitovalmisteen nimi, mikäli käytössä _____

SEULONTATUTKIMUKSET

Viimeisin papa (vuosi) _____ tulos _____

Viimeisin mammografia (vuosi) _____ tulos _____

LEIKKAUKSET

Gynekologiset leikkaukset (keisarileikkaukset, kaavinnat, papamuutosten hoidot, muut gynekologiset leikkaukset)

Muut leikkaukset _____

PERUSSAIRAUDET

SÄÄNNÖLLISET LÄÄKITYKSET

TERVEYSTOTTUMUKSET

Tupakointi kyllä__ ei__
Alkoholi kyllä__ ei__
Huumeet kyllä__ ei__

SEKSUAALITERVEYS

Onko teillä seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä_____

Oletteko kohdannut/ kokenut seksuaalista väkivaltaa, parisuhdeväkivaltaa, seksuaalista häirintää tai seksuaalista hyväksikäyttöä

Haluatteko että asia otetaan esille vastaanotolla kyllä__ ei__

MUUTA TERVEYTEENNE LIITTYVÄÄ TIETOA (esim. allergiat)
