

Pvm \_\_\_\_\_

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 loppumisikä \_\_\_\_\_

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)

---

---