

پرسشنامه  
اطلاعات پاپ اسمیر

نام بیمار: .....

سن بیمار: .....

کد ملی: .....

تاریخ پذیرش: ..... / ..... / .....

شماره پذیرش (در آزمایشگاه مبدا): .....

نام پزشک: .....

روز اول آخرین قاعدگی: .....

تعداد بارداری: .....

تعداد سقط: .....

تعداد فرزند: .....

علائم بالینی: .....

.....

جواب پاپ اسمیر قبلی (در صورت وجود): .....

.....

روش جلوگیری: .....

.....

.....

داروهای مصرفی موضعی: .....

.....

.....

امضاء