

乳がん検診問診票

記入または○印をして下さい。

ふりがな		住	渋谷区	(〒 -)
氏名		所	電話	()
体格	身長	cm	体重	kg
生年月日	大・昭	年	月	日 (歳)
月経	最終月経	年	月	日より 日間(順調 日周期・不順)
	初潮 () 歳		閉経 () 歳	
結婚	1. 未婚	2. 既婚	初婚年齢 () 歳	
妊娠	妊娠回数 () 回	(現在妊娠	第	月) ・ 可能性あり
出産	分娩回数 () 回	初産年齢 () 歳		
授乳歴	1. 母乳	2. 母乳と人工栄養	3. 人工栄養	4. 授乳中
受診歴	今までに乳がん検診を受けたことがありますか いいえ はい 何時何の検査をしましたか 年 月 (視触診・マンモグラフィ・エコー・その他) その時の結果 : 異常なし ・ 異常あり			
既往歴	1. 乳がんにかかったことがありますか いいえ はい 手術をしましたか いいえ・はい (右・左、乳房全摘術、乳房温存手術) 2. 乳腺の良性疾患にかかったことがありますか いいえ はい 3. 豊胸術を受けていますか いいえ はい 4. その他の手術を受けたことがありますか いいえ はい 何の手術ですか (子宮、卵巣、ペースメーカー、V-Pシャント、その他) 5. ホルモン治療を受けていますか いいえ はい			
家族歴	1. あなたの血縁に乳がんにかかった人がいますか いいえ はい (祖母、母、姉妹、娘、伯母・叔母、姪) 2. あなたの血縁に他のがんにかかった人がいますか いいえ はい (三親等以内 人)			
自覚症状	1. しこりがありますか いいえ はい 何時からどこにありますか (年 月より 右・左・両方) 2. 痛みがありますか いいえ はい 何時からどこにありますか (年 月より 右・左・両方) 3. 乳頭から分泌物がありますか いいえ はい 何時からどんな物が出ますか (年 月より 右・左・両、血液、膿、乳汁) 4. 乳頭の皮膚異常、かゆみがありますか いいえ はい			
	1～4で症状があると答えた方は右の図に位置を書き入れてください。			