請求書添付用

受診日	年　月　日	**豊中市乳がん検診記録票**	受診票番号

フリガナ 氏名		生年月日	西暦　年　月　日（　）歳
住所	〒　－ 豊中市	電話	

問診票（記入、または当てはまる項目に〇印をつけてください。）

① 今まで乳がん検診や乳腺の診療で次の検査を受けたことがありますか？
〈マンモグラフィ〉　ない・ある⇒（　）年前
〈乳腺超音波（エコー）〉　ない・ある⇒（　）年前

② 豊胸術を受けたこと、ペースメーカーの装着、VPシャントあるいはCVポートの留置がありますか?
ない・ある（　）
※「ある」場合、豊中市乳がん検診は受診できません。医療機関へご確認ください

③ 現在妊娠していますか？　はい・いいえ

④ 身長＿＿cm　体重＿＿kg　利き腕（右・左・両方）

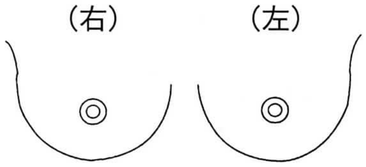
⑤ 月経について　初潮＿＿歳　閉経＿＿歳
↓閉経していない方
最終月経（　月　日から　日間）　規則的・不規則

⑥ 妊娠歴について　妊娠回数（　）回
そのうち出産（　）回　流・早産（　）回

⑦ 授乳歴について　なし・あり（母乳のみ・混合）
母乳分泌の左右差（なし・あり）

⑧ 血縁者の乳がんの有無
なし・あり（母・祖母・おば・姉・妹・他（　））

⑨ 現在の乳房の症状について
症状が　ない・ある（いつから　）
※しこりなど症状がある場合は豊中市乳がん検診の対象ではありません（痛み症状がある場合は可）
ある場合はお答えください
1.痛み（右・左）　2.しこり（右・左）
3.乳房・乳頭変形（右・左）　4.乳頭分泌（右・左）
5.その他（　）
異常のある部位を図内に記入してください



⑩ 乳がんの自己触診をしていますか？
していない　・　時々する　・　毎月する

⑪ 乳腺の病気になったことがありますか？
ない・ある（乳腺炎・乳腺症・乳がん・その他）
※乳腺・乳房の病気で治療中または経過観察中の方は、豊中市乳がん検診の対象ではありません。

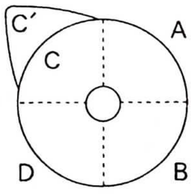
⑫ 現在または過去に、ホルモン療法（避妊薬・更年期治療薬・乳がん術後補助療法など）を使用したことがありますか?
なし・あり（現在使用中）・あり（過去に使用：＿＿年ごろ）

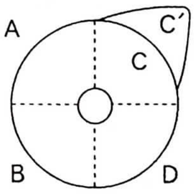
⑬ 婦人科の手術を受けたことがありますか？
ない・ある（　歳）
（1.両卵巣摘出　2.片卵巣摘出　3.卵巣の摘出なし）

乳がん検診視触診所見　検診機関（ウイメンズクリニックおおさこ）　診察医（おおさこ　やすこ）

乳房の形態 乳腺の評価	対称・非対称（先天的・後天的）　乳房切除（右・左）
	大きさ　：　小・中・大（乳腺性・脂肪性）
	乳腺の硬さ：　軟・中間・硬
異常所見	なし・あり（右・左）

右乳房	左乳房
腫瘤・硬結 大きさ（　） 形（球・卵・平盤・不整形） 硬さ（軟・硬） 表面（平滑・顆粒状・凹凸） 可動性（良・不良） 境界（明瞭・不明瞭） その他（　）	腫瘤・硬結 大きさ（　） 形（球・卵・平盤・不整形） 硬さ（軟・硬） 表面（平滑・顆粒状・凹凸） 可動性（良・不良） 境界（明瞭・不明瞭） その他（　）
乳頭異常：びらん・陥没 乳頭分泌：血性・漿液性・乳性 リンパ節腫張（腋窩・鎖骨上）軟・硬　大きさ（　） その他（　）	乳頭異常：びらん・陥没 乳頭分泌：血性・漿液性・乳性 リンパ節腫張（腋窩・鎖骨上）軟・硬　大きさ（　） その他（　）





視触診判定　1．精検不要　2．要精検　3．実施なし