

乳がん検診 問診表

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <No. _____ >

ふりがな
氏名 _____ 様 生年月日 _____ () 歳

ふりがな
住所(〒) _____ TEL _____

I. 月経についてご記入ください。

1. 初潮 () 歳
2. 最終月経 (年 月 日 ~ 日間)
3. 閉経 () 歳

II. 妊娠・出産についてご記入ください。

1. 妊娠の可能性 あり なし
2. 出産歴 あり (お子さんの人数 _____ 人) なし

III. 授乳についてご記入ください。

1. 現在授乳中 はい いいえ
2. 授乳歴 あり なし

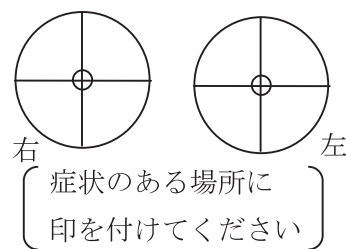
IV. 現在、内服している薬がありますか。 はい いいえ

「はい」と答えられた方は、具体的にご記入ください。

(_____)

V. 乳腺についてご記入ください。

1. 自覚症状はありますか。 あり なし
「ある」と答えられた方は、具体的にご記入ください。
しこり 痛み 乳頭の変形
乳頭からの分泌 (色: 黄色 暗赤色 白色 無色)
その他 (_____)



2. その症状はいつ頃からありますか。 (_____)

3. その症状はどちら側ですか。 右 左 両側

4. その症状は月経と関係がありますか。 あり なし

5. 乳がん検診を受けたことがある方はご記入ください。 検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検診方法 触診 超音波 マンモグラフィー (乳房 X 線撮影)

6. 乳房の手術を受けたことがある方はご記入ください。 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 右 左

7. マンモグラフィーを撮影したことがありますか。 あり なし

8. 豊胸術 (乳房整形) を受けたことがありますか。 あり なし

VI. ご家族 (血族) に乳がんの方はいらっしゃいますか。 あり なし