

乳がん検診問診票

平成 年 月 日

〒		—	
電話番号 (自宅)		(携帯)	
ふりがな		生年月日	
名前		大正 昭和 平成	
		年 月 日 歳	

以下の項目該当するものではありませんか。 (ない・ある)

妊娠中、授乳中、断乳後1年以内、VPシャント留置、心臓ペースメーカー・ICD埋込
豊胸術、乳房再建術後 * 危険が伴うため検査できない場合があります。

①今までに乳がん検診を受けたことがありますか。 (ない・ある)

ある方→ (1年前・2年前・3年以上前)、(視触診・マンモグラフィ・超音波) で。
そのときの結果は、(異常なし・要精密検査) だった。

②月経・結婚・妊娠・出産・授乳歴についてお教え下さい。

最終月経は… 月 日 ~ 月 日

月経周期は… 順 (日型) ・ 不順 (~ 日型で変動)

初潮 (歳)、結婚 (未婚・既婚《 歳に結婚》)、閉経 (歳)

妊娠 (回)、自然分娩 (回)、帝王切開 (回)、子宮外妊娠 (回)
中絶 (回)、流産 (回)

・初めての出産時年齢 (歳)、最後の出産時年齢 (歳)

・母乳での授乳は、合計 () 人の子どもに合計 () 年 () ヶ月行った。

③これまでのご自分の病気等をお教え下さい。当てはまるものに○を付けて下さい。

(ない・乳房疾患・癌・高血圧・糖尿病・血栓症・甲状腺疾患・喘息・腎臓病・肝臓病・他)

乳房疾患の方→ () 歳頃、(右・左・両側) 乳房で、(検査のみした・治療した)

女性ホルモンの薬を飲んだり、注射を受けたりしたことがありますか。(ない・ある)

喫煙 (しない・する《 1日 本》)

薬や注射での異常 (ない・あり)

身長 (cm)、体重 (kg)

④血のつながる家族の乳がんの方はいますか。(いない・いる ())

⑤現在乳房に何か気になる症状はありますか。(ない あり)

ある方→ (しこり・いたみ・分泌物・かゆみ・その他) が

(右・左・両側) 乳房に月経と (一致して・関係なく) 症状がある。

それはいつからですか ()

⑥自己検診(乳房の触診)を行っていますか。(毎月する・時々する・全くしない)