乳がん検診問診票

年　　月　　日

〒　　　－ 自宅住所	
自宅電話番号	携帯電話番号
ふりがな 名 前	生年月日 大・昭 平・令　　年　　月　　日　　歳

以下に該当する項目はありますか？　　（ 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、検査や採血で気分が悪くなったことがある

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・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…　　（　　）～（　　）日周期
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 ・ ある ）
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 ・ ある ）
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）

友愛会　岩砂病院・岩砂マタニティ

2018. ☆. 1,000 (N)