乳がん検診問診票

受診日

〒 自宅住所		電話番号 （自宅） （携帯）
ふりがな	生年月日	年齢
名前	大　昭 平　令　　年　　月　　日	歳

① 安全に検査を受けていただくために：以下に該当する項目がありますか（ ある・ない ）
ある方は該当する項目の□にチェックをしてください

- □ 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埋め込み
- □ 豊胸術、乳房再建術後
- □ マンモグラフィ検査時に気分が悪くなったことがある

② 今までに乳がん検診を受けたことがありますか　（ ある・ない ）
乳がん検診を受けたことがある方、検査を受けたのは　（ １年前・２年前・３年以上前 ）
検査の内容は　（ 視触診・マンモグラフィ・乳腺エコー ）
その時の結果は精密検査が必要でしたか　（ はい・いいえ ）

③ 現在乳房に何か気になる症状はありますか　（ ある・時々ある・ない ）
症状がある方、どのような症状ですか（ しこり・痛み・分泌物・かゆみ・違和感・その他 ）

④ 乳がんのリスク評価：以下に該当する項目があれば、□にチェックしてください

- □ 血のつながる家族に乳がんの方がいる　　ご関係（　　）
- □ 卵巣がんになったことがある
- □ 乳腺（乳房）の病気になったことがある
- □ 出産経験がない
- □ 第一子を 30 歳以上で出産
- □ 初潮が 13 歳未満　（　　歳 ）
- □ 閉経が 55 歳以上　（ 未閉経 ・　　歳 ）
- □ 授乳をしていない、またはほとんどしていない
- □ たばこを吸う
- □ 閉経後であって肥満体質である
- □ 女性ホルモン補充療法を受けたことがある
- □ 長期間にわたって経口避妊薬を使用したことがある

---------- 以下は併せて子宮がん検診を受ける方のみ記入をお願いします。 ----------

- 初潮（　　歳 ）、閉経（　　歳 ）または最終月経（　　月　　日 ～　　月　　日 ）
- 性交経験（ なし・あり ）
- 妊娠回数（　　回 ）→自然分娩（　　回 ）、帝王切開（　　回 ）