

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口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
 - 胸の周りに医療機器が入っている
(VPシャント、CVポート、心臓ペースメーカー、ICD、ループレコーダー等)
 - 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、口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）