

乳がん検診問診票

年 月 日

氏名: _____ 様

以下に該当される方は、当センターでのマンモグラフィ検査は受けられません。

- ①妊娠の可能性ある ②妊娠中 ③授乳中 ④豊胸術後
- ⑤現在乳がんあるいは乳腺疾患で治療中または通院中の方(先に主治医にご相談ください)
- ⑥ペースメーカー ⑦埋め込み型除細動器 ⑧脳シャントチューブ ⑨CVポート
- ⑩埋め込み型栄養チューブ

* 乳腺エコー検査は受けられる場合がありますので、ご連絡ください。
(当日は変更できませんので必ず事前にお問い合わせください)

該当するものに○印を、()の中には数字・文字等を記入してください。

1、現在乳房に気になる症状がありますか？

・ない

・ある

- ①しこり ②乳頭のへこみや引き込み、変形、びらん ③乳頭から汁が出る
- ④乳房のへこみ、ひきつれ、変形 ⑤乳房の発赤、皮膚異常
- ⑥乳房内に持続する痛みがある

2、乳がん検診を受けたことはありますか？

・ない

・ある

最終検診日: (年 月

視触診 ・ マンモグラフィ ・ 乳腺エコー

その結果: 異常なし ・ 異常あり

↓ 内容()

3、乳がんの自己触診(乳房を触ってしこりを探すこと)をしていますか？

・していない

・している

4、乳腺(乳房)の病気をしたことがありますか？

・ない

・ある

右 ・ 左 ()年前 手術: なし ・ あり

診断名: ①乳がん ②乳腺症 ③乳腺炎 ④のう胞 ⑤線維腺腫(良性腫瘍)
⑥石灰化 ⑦その他()

5、今までに女性ホルモン剤による治療を受けたことがありますか？

・ない

・ある

①更年期症候群 ②子宮内膜症 ③月経前症候群 ④月経痛 ⑤月経移動
⑥不妊治療 ⑦その他()

6、初経開始は何歳ですか？ ()歳

7、ご家族(血縁の方)に乳がんになった人はいますか？

・いない

・いる

①母 ②祖母 ③姉妹 ④おば ⑤娘 ⑥その他()