

乳がん検診問診表

健診日 年 月 日

カナ		生年月日	T・S・H	年 月 日 (歳)
氏名				
住所 〒	—	電話番号 ()		-

下記の質問事項で、当てはまるものに○をつけ()内にご記入ください。

- 乳がん検診は受けられた事がありますか。
 初めて 回目 ※ある方へマンモグラフィは何回目ですか。(回目)
- 乳がん検診を受けられた事がある方へ、精密検査が必要と言われた事がありますか。
 ない ある 内容: いつ頃: (年 月 日)
 精密検査結果: 異常なし 異常あり(病名)
- 今までに乳房の病気にかかった事がありますか。
 ない ある 病名:
- 血縁の方で乳がんになった方はいますか。
 いない いる 病名: (祖母・母・姉・妹・子・その他)
- 乳房の手術(豊胸手術など)を受けられた事がありますか。
 ない ある 内容:
- 妊娠された事がありますか。
 ない ある (回)
- 出産された事がありますか。
 ない ある (人)
- 授乳をされた事がありますか。
 ない ある (母乳のみ・混合)
- 初潮は何歳の時ですか。
 歳
- 現在生理がありますか。
 ある : 最近の月経 (月 日 ~ 日間) (順・不順)
 ない : 閉経 歳 (更年期・手術・その他)
- 現在の乳房の状態についてお答えください。
 ①しこりがありますか。 ない ある (左・右・両方) 年 ヶ月前から
 ②乳をしぼると分泌物がでますか。 ない ある (左・右・両方) 年 ヶ月前から
 ③痛みがありますか。 ない ある (左・右・両方) 年 ヶ月前から
 ④その他心配なことがありますか。 ない ある (左・右・両方) 年 ヶ月前から

内容を教えてください:

- 乳がんの自己検診法を実施していますか。
 していない している (毎 月・3ヶ月毎・6ヶ月毎)

☆妊娠・授乳中の方はスタッフにお申し出下さい。