乳がん検診問診票

フリガナ		生年月日	年　月　日
氏名			

※マンモグラフィを安全に受けていただくために、次にあてはまる方は検査を受けていただくことはできません。確認欄の□に✓を入れて下さい。

質問	確認	
●妊娠の可能性がありますか	□いいえ	□はい
●シリコン挿入・ヒアルロン酸注入・脂肪注入などの豊胸手術をしていますか	□いいえ	□はい
●乳房全摘出後、再建術後の方ですか	□いいえ	□はい
●ペースメーカーまたは植え込み式除細動器を装着中ですか	□いいえ	□はい
●前胸部静脈ポートを留置中ですか	□いいえ	□はい
●VP シャント（脳室・腹腔）が入っていますか	□いいえ	□はい

★質問事項であてはまるものに回答欄に✓を入れて下さい

質問	回答	
①マンモグラフィ検査を受けたことがありますか	□はい	□いいえ
②乳腺エコー検査を受けたことがありますか	□はい	□いいえ
③乳がん検診後に精密検査を受けたことがありますか	□はい	□いいえ
④現在乳腺外来等で医師による経過観察を（定期受診）していますか	□はい	□いいえ
⑤乳房の病気をしたことがありますか	□はい	□いいえ
☑ はいの方　病名を教えて下さい　病名（　）		
⑥血縁の方で乳がんになった方はいますか	□はい	□いいえ
☑ はいの方　どなたですか　（母・祖母・叔母・姉・妹）		
⑦現在授乳中ですか	□はい	□いいえ
⑧妊娠・出産は経験はありますか	□はい	□いいえ
⑨現在乳房の自覚症状がありますか	□はい	□いいえ
☑ はいの方　場所と症状　（両方・右・左）（しこり・痛み・分泌物・その他　）		
⑩乳がんの自己検診を実施していますか	□はい	□いいえ
☑ はいの方　自己検診間隔（毎月・３ケ月・６ケ月）		

今村病院健康管理センター

2022年７月作成