

乳がん検診問診票

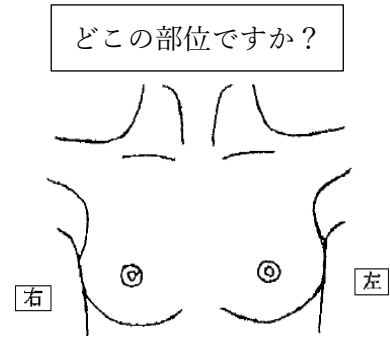
記載日： 年 月 日

ふりがな	
お名前：	生年月日：（昭・平・令） 年 月 日 年齢： 歳
携帯電話番号：	身長（ cm） 体重（ kg）
〒	—
住所：	都道府県 市区町村

1,乳がん検診を受けたことはありますか ない ある（時期 年頃、結果：異常なし・要精密検査）

2,現在、乳房の症状はありますか ない ある（いつから ）

- ① 痛み
- ② しこり
- ③ 乳頭の変形
- ④ 乳頭の分泌物
- ⑤ その他（ ）



3,今までに乳腺の病気をしたことはありますか ない ある

- ① 乳腺炎 右・左
- ② 乳腺症 右・左
- ③ 乳がん 右・左
- ④ その他（ ）

4,乳房の手術を受けたことがありますか ない ある（いつ頃 ）

豊胸手術を受けていますか ない ある

5,血縁の人で乳がんにかかったことがある人はいますか ない ある（続柄 ）

6,月経について

- ① 閉経 ②閉経していない（ 最終月経 月 日から 日間、 順・不順 ）

7,妊娠の可能性はありますか ない ある

8,現在妊娠中ですか ない ある（ ヶ月）

9,現在授乳中ですか ない ある（産後 ヶ月）

出産回数（ 回） （ 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳 ）

10,現在、女性ホルモン剤の使用はありますか ない ある

11,ペースメーカーや除細動器や CV ポート、シャントチューブ入っていますか ない ある