

# 乳がん検診問診票

平成 年 月 日

〒		—	
電話番号 (自宅)		(携帯)	
ふりがな	生年月日		
名前	大正	年	月
	昭和	日	歳
	平成		

以下の項目該当するものではありませんか。 ( ない・ある )

妊娠中、授乳中、断乳後1年以内、VPシャント留置、心臓ペースメーカー・ICD埋込  
豊胸術、乳房再建術後 \* 危険が伴うため検査できない場合があります。

①今までに乳がん検診を受けたことがありますか。 ( ない・ある )

ある方→ ( 1年前・2年前・3年以上前 )、( 視触診・マンモグラフィ・超音波 ) で。  
そのときの結果は、( 異常なし・要精密検査 ) だった。

②月経・結婚・妊娠・出産・授乳歴についてお教え下さい。

最終月経は… 月 日 ~ 月 日

月経周期は… 順 ( 日型 ) ・ 不順 ( ~ 日型で変動 )

初潮 ( 歳 )、結婚 ( 未婚・既婚《 歳に結婚》 )、閉経 ( 歳 )

妊娠 ( 回 )、自然分娩 ( 回 )、帝王切開 ( 回 )、子宮外妊娠 ( 回 )  
中絶 ( 回 )、流産 ( 回 )

・初めての出産時年齢 ( 歳 )、最後の出産時年齢 ( 歳 )

・母乳での授乳は、合計 ( ) 人の子どもに合計 ( ) 年 ( ) ヶ月行った。

③これまでのご自分の病気等をお教え下さい。当てはまるものに○を付けて下さい。

( ない・乳房疾患・癌・高血圧・糖尿病・血栓症・甲状腺疾患・喘息・腎臓病・肝臓病・他 )

乳房疾患の方→ ( ) 歳頃、( 右・左・両側 ) 乳房で、( 検査のみした・治療した )

女性ホルモンの薬を飲んだり、注射を受けたりしたことがありますか。( ない・ある )

喫煙 ( しない・する《 1日 本》 )

薬や注射での異常 ( ない・あり )

身長 ( cm )、体重 ( kg )

④血のつながる家族の乳がんの方はいますか。( いない・いる ( ) )

⑤現在乳房に何か気になる症状はありますか。( ない ある )

ある方→ ( しこり・いたみ・分泌物・かゆみ・その他 ) が

( 右・左・両側 ) 乳房に月経と ( 一致して・関係なく ) 症状がある。

それはいつからですか ( )

⑥自己検診(乳房の触診)を行っていますか。( 毎月する・時々する・全くしない )