

乳がん検査問診票

フリガナ	
氏 名	

以下の質問事項の☑にチェックを、当てはまる事項に○印をしてください。

1. 自覚症状がある。

- 無 有 ⇒ (右 ・ 左 ・ 両方) (いつから? 年 月頃か
 ら)
 ⇒ 痛み しこり 乳首の変形 分泌液 (色)
その他 ()

2. 月経についてお答えください。

- 無⇒ (閉経・無月経) 有⇒ 最終月経 (月 日から 月 日まで)

3. 現在妊娠の可能性がある。

- 無 有

4. 乳腺の病気や婦人科系の病気をしたことがある。

- 無 有 ⇒ (病名)

5. 家族や親戚に乳がんになった人がいる。

- 無 有 ⇒ 続柄 ()

6. 出産経験がある。

- 無 有 ⇒ 授乳経験 (無 ・ 有 ⇒ 現在授乳中)

7. 乳がん検査歴がある。

- 無 有 ⇒ いつ頃 ()
 ⇒ 検査内容 マンモグラフィー 超音波 視触診
 ⇒ 結果 異常なし 要精査 ()

8. 手術をしたことがある。

- 無 有 ⇒ 心臓ペースメーカー 豊胸術 その他 ()

****アンケート****

当院を受診されるきっかけは何ですか？

- インターネット 知人の紹介 他院からの紹介 以前ほかの検査で来院
雑誌 その他 ()