

シンプル乳がん検診問診票

*検診当日にお持ちいただき、総合受付へご提出ください

*該当するところに○又は記載をして下さい

(受診日 年 月 日) 氏名: _____ 年齢: _____ 歳

・乳房についてお伺いします

- ①痛み いつから
なし ・ あり [右 (月経との関係 (なし・あり)
左 (月経との関係 (なし・あり)
- ②しこり いつから
なし ・ あり [右 (月経との関係 (なし・あり)
左 (月経との関係 (なし・あり)
- ③ちくびや周囲のかゆみ いつから
なし ・ あり [右 ()
左 ()
- ④ちくびからの分泌物 いつから
なし ・ あり [右 ()
左 ()
- ⑤授乳について
・授乳は した ・ しない [母乳で 人 ヶ月]
混合で 人 ヶ月
人工で 人 ヶ月
- ・分泌は 良 ・ 不良 分泌制限 なし ・ あり
- ⑥乳腺の病気 なし ・ あり (病名 _____)
- ⑦血縁者に乳癌になった方はいますか なし ・ あり (誰が? _____)
- ⑧子宮・卵巣摘出の手術 なし ・ あり (部位 _____)
- ⑨ホルモン剤の使用 (経口避妊薬など) なし ・ あり
- ⑩今まで、乳癌検診を受けたことがありますか なし ・ あり (_____ 回)
前回は 年 月頃 (受けた施設) _____ で受けた (触診・超音波・マンモグラフィー)
その結果 所見なし ・ 所見あり (精密検査を した ・ しない)
*精密検査とはレントゲン、超音波、生検など
- ⑪自分で乳房の触診 (自己診断) をしていますか していない ・ している
(年・月・週 _____ 回)

※ その他、何か伺っておいた方が良いことがございましたら、なんでもお書き下さい。

裏面へ

氏名： _____ 年齢： _____ 歳

*該当するところに○又は記載をして下さい

- ・ 今まで大きな病気で治療・手術・輸血などを受けたことがありますか
それはいつ頃ですか

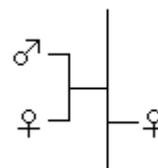
病名： _____
いつ頃： _____

- ・ 今、何かおかかりの病気はありますか お薬は頂いていますか

病名： _____
いつ頃から： _____
どんなお薬ですか： _____

- ・ ご家族や、血縁の方で大きな病気で、治療・手術などを受けている方はいますか

病名： _____
いつ頃： _____



- ・ 食品・薬などでアレルギー症状がでたことがありますか

なし ・ あり (食品名・薬品名 _____)

- ・ あなたについて伺います

1. 身長 (_____ cm) 体重 (_____ kg 増減は? ここ _____ ヶ月で約 _____ kg 増 ・ 減)

2. 職業 _____ なし ・ あり (内容 _____ フルタイム・パート 現職業に就いて _____ 年目)

3. 結婚 (未婚 ・ 既婚 ・ 事実婚 ・ 離婚 ・ 死別)

4. 月経 _____ 不順 ・ 順調 (_____ 日～ _____ 日型) 最終月経は _____ 月 _____ 日～ _____ 日間)
初潮 _____ 歳
閉経 _____ 歳 (または _____ 歳の手術後なし)

5. 妊娠歴 _____ なし ・ あり (_____ 回) ・ 現在妊娠中 (_____ ヶ月) ・ 妊娠の可能性あり

6. 出産 _____ なし ・ あり (初産 _____ 歳)
(経膈分娩 _____ 回・帝王切開 _____ 回・人工妊娠中絶 _____ 回・流産 _____ 回)

7. 食欲 _____ なし ・ あり (食事は _____ 規則 ・ 不規則)

8. 睡眠 _____ 普通 ・ 不眠がち (起床 _____ 時 ・ 就寝 _____ 時)

9. 煙草 _____ 吸わない ・ 以前吸っていた (_____ 年くらい) ・ 吸う (1日 _____ 本 _____ 年間)

10. お酒 _____ 飲まない ・ 時々 ・ 毎日 (何を _____ どれくらい _____)

11. その他 _____ 、嗜好品がありましたらご記入下さい