

乳腺 検診 問診票

ID

ふりがな					
氏名	(性別) 男・女				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	()歳
住所	〒 - - - - -				
連絡先	自宅	-	-	携帯	- -

◇血縁者でがんになった方はいらっしゃいますか？ はい・いいえ

乳がん	祖父	祖母	父方おじ	父方おば	母方おじ	母方おば	父	母	子供	兄弟	姉妹
卵巣がん		祖母		父方おば		母方おば		母	子供		姉妹
膵臓がん	祖父	祖母	父方おじ	父方おば	母方おじ	母方おば	父	母	子供	兄弟	姉妹
前立腺がん	祖父		父方おじ		母方おじ		父		子供	兄弟	
白血病	祖父	祖母	父方おじ	父方おば	母方おじ	母方おば	父	母	子供	兄弟	姉妹
リンパ腫	祖父	祖母	父方おじ	父方おば	母方おじ	母方おば	父	母	子供	兄弟	姉妹
その他											

◇次の質問にお答えください

月経は ある (定期的・不規則)
 ない 自然閉経年齢()歳 手術を受けて閉経()歳

初潮年齢は ()歳

妊娠は ある ()回 ない

出産は ある ()回 初産 ()歳 最終出産 ()歳

女性ホルモン・甲状腺ホルモン治療をしていますか？
 はい ()歳から いいえ

◇乳房についてお答えください

授乳中ですか はい・いいえ

豊胸手術 はい・いいえ

しこりがある 右・左

痛みがある 右・左

分泌物がある 右・左 (無色 白色 褐色 赤色)

異常を感じる 右・左
 具体的な症状を記載ください ()

自己検診は (知らない・行っている・時々行っている)

身長は cm 体重は kg

◇過去に乳腺や甲状腺の治療を受けたことがありますか？
 はい・いいえ
 はいの場合、具体的に記入してください
 ()

◇現在、治療中の病気がありますか？
 はい・いいえ
 はいの場合、具体的に記入してください
 ()

◇現在、内服中の薬がありますか？
 はい・いいえ
 はいの場合、具体的に記入してください
 ()