KT　　℃

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	〒　　ー
連 絡 先	自宅　　ー　　ー　　携帯　　ー　　ー

◇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・　不定期　）

　　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　　いつからですか（　　）

痛みがある　　右　・　左　　いつからですか（　　）

分泌物がある　　右　・　左　（無色　白色　褐色　赤色）いつからですか（　　）

異常を感じる　　右　・　左　　いつからですか（　　）

　　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　　㎝　・　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・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

　（　　）

①マンモグラフィー２Ｄ　３Ｄ　（　　）　②検査後診察　③エコー　④細胞診

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。当院は医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定医療機関です。