

乳がん検診票

実施年月日 年 月 日

問診事項 内を記入して下さい。

フリガナ 氏名	住所 〒
生年月日 大・昭・平 年 月 日生 (歳)	電話

1	赤磐市の乳がん検診を過去に受診したことがありますか	あり・なし	視触診	年 月
			マンモグラフィ	年 月
1	赤磐市以外の乳がん検診を過去に受診したことがありますか	あり・なし	視触診	年 月
			マンモグラフィ	年 月
2	前回の乳がん検診で異常がありましたか	いいえ・はい	内容	
3	月経の状態	初潮 () 歳 閉経 () 歳 最近の月経 月 日 ~ 月 日		
4	出産回数	()回	初産()歳 最終産()歳	
5	血縁者(4親等まで)にがんの人がいますか	なし・あり	<input type="checkbox"/> 乳がん(男性を含む) <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> 膵臓がん <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> その他のがん()	
6	1)乳房の病気にかかったことがありますか	なし・あり	乳がん 乳腺症 線維腺腫 乳腺炎 その他()	
	2)過去に乳房の手術歴がありますか	なし・あり	年 月 (右・左) 病院名 ()	
7	現在、乳房に症状が何かありますか	なし・あり	痛み はり・重苦感 変形 乳汁分泌 しこり(右・左) その他()	
8	現在授乳中ですか	なし・あり		
9	ホルモン剤を服用していますか	なし・あり	1. 内服中 2. 過去にあり()年頃	
10	自己検診をしていますか	なし・あり	毎月実施 時々	
11	身長()cm 体重()kg			
12	豊胸手術を受けている	あり・なし	「あり」の場合は、マンモグラフィを受診できない事があります。	
13	ペースメーカーを挿入している			
14	乳房または乳房周囲にチューブ等の異物を挿入している			
15	妊娠、または妊娠しているかもしれない			

赤磐医師会病院
2023.7.19現在