

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3年以内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 |
| | 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 | 月経の状態 | 初潮 () 歳 閉経 () 歳 最近の月経 月 日 ~ 月 日 | | |
| 3 | 出産回数 | ()回 | 初産()歳 最終産()歳 | |
| 4 | 血縁者に乳がんのひとがいますか | なし・あり | 続柄： 母 姉 妹 娘 祖母 父 兄弟 他 () | |
| 5 | 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 () | |
| 6 | 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 () | |
| 7 | 現在授乳中ですか | なし・あり | | |
| 8 | 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 | |
| 9 | 自己検診をしていますか | なし・あり | 毎月実施 時々 | |
| 10 | 身長()cm 体重()kg | | | |
| 11 | 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。 |
| 12 | ペースメーカーを挿入している | | | |
| 13 | 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 | | | |
| 14 | 妊娠、または妊娠しているかもしれない | | | |

赤磐医師会病院