

乳がん検査
問診票

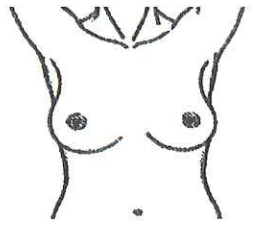
シメイ:

今回、乳がん検査を受診するにあたり【レディース検査を受けられる方へ】を読み、
内容を確認のうえ受診する事を承諾いたします。

年 月 日

生年月日 T ・ S ・ H 年 月 日生 歳 ご署名

下記の質問について該当するところを○で囲み、必要な場合はご記入ください。

月経	なし	あり					
		①最近の月経	月	日	～	月	日
		②周期	順	・	不順		
		③初潮	才	/	閉経	才	
妊娠歴	なし	あり	回 (	才	才	才	才)
出産歴	なし	あり	回 (	才	才	才	才)
授乳歴	なし	あり	(母乳 ・ 人工 ・ 混合)				授乳中
既往歴	乳腺の病気 なし あり (才) 『あり』の方はその内容は？						
	子宮・卵巣の病気 なし あり (才) 『あり』の方はその内容は？						
	その他の病気 なし あり (才) 『あり』の方はその内容は？						
	放射線治療 なし あり						
	ホルモン治療 なし あり 『あり』の方はその薬剤名は？						
	豊胸術(形成) なし あり (才)						
家族歴	乳がん	なし	あり	(どなたが？			/ 才)
	その他のがん	なし	あり	(どなたが？			/ 才)
乳房 自覚症状	症状がある場合は項目を○で囲んで下さい。また、場所および状態を簡単に記入して下さい。 痛み(右 ・ 左) しこり(右 ・ 左) 乳房の変化 乳首の異常分泌 乳首の変化 その他:						
							
検診歴	なし	あり					
		方法①視触診	年	月	結果 (	異常なし	・ 異常あり)
		②マンモグラフィー	年	月	結果 (	異常なし	・ 異常あり)
		③超音波	年	月	結果 (	異常なし	・ 異常あり)
自己検診	している	していない					

有難うございました。当日この問診票を参考に診察させていただきます。