

乳がんドック問診表

検診日 年 月 日

お名前 生年月日 年 月 日 才

次の質問事項に○印、またはチェックをしてください。

1. 自覚症状がある。

有 ⇒ (右 ・ 左 ・ 両方)

⇒ 痛み しこり 乳首の変形 分泌液 (色)

その他 ()

無

2. 月経についてお答えください。

有 ⇒ 最終月経 (月 日から 月 日まで)

無 ⇒ 閉経 無月経

3. 現在妊娠の可能性がある。

有 無

4. 乳腺等の病気や婦人科系の病気をしたことがある。

有 ⇒ (病名) 無

5. 家族や親戚に乳がんになった人がいる。

いない いる ⇒ 続柄 ()

6. 出産経験がある。

有 ⇒ 授乳経験 有 ⇒ 現在授乳中

無 無

7. 乳がん検診歴がある。

有 ⇒ いつ頃 ()

⇒ 検査内容 マンモグラフィー 超音波 視触診

⇒ 結果 異常なし 要精査 ()

無

8. 手術をしたことがある。

有 ⇒ 心臓ペースメーカー 豊胸術 その他 ()

無

** アンケート **

当院を受診されるきっかけはなんですか？

インターネット 知人の紹介 () 他院からの紹介

以前ほかの検査で来院 雑誌 その他 ()

