

レディース検査問診票〔乳房検査〕

受診日 年 月 日

受診番号

 MMG 1方向 ・ 2方向 乳US O P ・ 追加

フリガナ

氏名

生年月日 S ・ H 年 月 日 (才)

以下の方はマンモグラフィをお受けいただけない場合がありますのでご注意ください。

該当される方は乳房超音波をおすすめします。

〔 検査不可 〕 ● 妊娠中・妊娠の可能性のある方 ● ペースメーカー・シャント・ポート装着の方

〔 ご相談ください 〕 ● 豊胸術をされている方 ● 乳房切除術後の方

乳房検診歴 初回・あり
乳房視触診 (年前) マンモグラフィ (年前) 乳房超音波検査 (年前)

授乳歴 なし・あり (母乳・人工・混合) ・ 現在授乳中

乳房の病気の現在通院中 なし・あり (乳腺症・その他) 最近の受診 年 月

過去の病歴 なし・あり (乳腺症・その他) 才

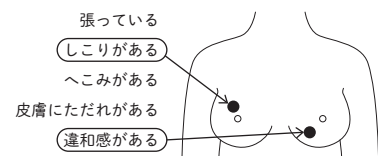
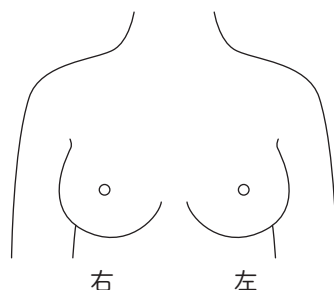
手術歴 なし・あり (乳腺症・その他) 才

家族歴 [乳がん] なし・あり (誰が 祖母・母・姉妹・娘・叔母・姪)

豊胸術 なし・あり

自覚症状 症状がある方は、記入例を参考にご記入ください。

記入例

張っている
しこりがある
へこみがある
皮膚にただれがある
違和感がある
かゆみがある
痛みがある
分泌物がある

症状を○で囲い、症状のある部位に印を付け、線で結んでください。

分泌物の色は? 透明・乳白色・黄色・茶色・血のような赤

症状はいつ頃からですか? 1ヶ月前・3ヶ月前・半年前・半年前以上