

乳がん検査問診票

フリガナ

氏名

女・男

生年月日 S・H 年 月 日 (才)

受診日

受診番号

 MMG 1方向・2方向 乳US

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・除細動器・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)

[前回指摘された所見・
判定・精査の有無など]

乳 現在通院中 なし・あり (乳腺症・その他) 最近の受診 年 月

房 過去の病気 なし・あり (乳腺症・その他) 才

の 手術歴 なし・あり (乳腺症・その他) 才

病 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 (バッグプロテーゼ [シリコンバッグ] 挿入法・脂肪注入法・ヒアルロン酸注入)

授乳歴 (女性の方) なし・あり (母乳・人工・混合) ・現在授乳中

自覚症状 症状がある方は、症状のある部位に○をつけてください。

張っている・・・右(A・B・C・D・E) 左(A・B・C・D・E)

しこりがある・・・右(A・B・C・D・E) 左(A・B・C・D・E)

へこみがある・・・右(A・B・C・D・E) 左(A・B・C・D・E)

皮膚にただれがある 右(A・B・C・D・E) 左(A・B・C・D・E)

違和感がある・・・右(A・B・C・D・E) 左(A・B・C・D・E)

かゆみがある・・・右(A・B・C・D・E) 左(A・B・C・D・E)

痛みがある・・・右(A・B・C・D・E) 左(A・B・C・D・E)

分泌物がある・・・右・左 (分泌物の色: 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

