

乳がん検診問診票

フリガナ		年齢
氏名		

年 月 日

① 今まで乳房の疾患にかかったことがありますか？

- 1 特になし
- 2 あり 病名： ・ 乳腺症 ・ のう胞 ・ 乳腺炎 ・ 線維腺腫 ・ その他（ ）

② 現在どのような症状がありますか？

- 1 乳房にしこりがある ・ ある ・ なし
- 1) 右 左
- 2) いつごろ気づきましたか？(例:3か月程前) ( )
- 3) 気づいてからの大きさは？
- 大きくなった  小さくなった
- 大きくなったり小さくなったりする  かわらない
- 2 乳房に痛みがある ・ ある ・ なし
- 1) 右 左
- 2) 痛みの頻度は？  時々  常に  その他 ( )
- 3 脇の下にしこりがある ・ ある ・ なし
- 1) 右 左
- 2) いつごろ気づきましたか？ ( )
- 4 脇の下に痛みを感じる ・ ある ・ なし
- 1) 右 左
- 2) 痛みの頻度は？  時々  常に  その他 ( )
- 5 乳首から分泌液が出る ・ ある ・ なし
- 1) 右 左
- 2) 分泌液の色は？  血性  茶褐色  乳白色  その他 ( )
- 6 乳首の形は？ ・ 変化あり ・ 変化なし
- 1) 右 左
- 2) 以前と比べて  くぼんでいる  ただれている  変形している
- 7 その他 (気になることがあればご記入ください)
- ( )



裏面の質問にもお答えください。

③ 月経について教えてください

- 1 初潮（初めての月経）（ 歳ごろ）
- 2 閉経（ 歳ごろ）
- 3 周期（月経開始日から次の開始日までの期間）は？（ 不規則 ・ 規則正しい ）
- 4 最終月経は？（ 月 日 ～ 月 日 までの 日間 ）
- 5 妊娠の可能性がある（ はい ・ いいえ ・ わからない ）
- 6 月経時の不調は？【 無 ・ 腹痛 ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 乳腺痛 ・ その他（ ）】

④ 結婚について教えてください

- 1 既婚 未婚
- 2 配偶者 無 有

⑤ 妊娠と出産について教えてください

- 1 妊娠（ 回 ） うち出産（ 回 ）  
お子様の年齢（ 歳 ・ 歳 ・ 歳 ・ 歳 ・ 歳 ）
- 2 帝王切開術 無 有
- 3 授乳（ 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳 ）  
現在授乳中（ はい いいえ ）
- 4 自然流産 無 有
- 5 人工中絶 無 有

⑥ 血縁者でがんに罹った方はいますか？

- 1 乳がん 無 有 【 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ その他（ ）】
- 2 卵巣がん 無 有 【 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ その他（ ）】
- 3 他臓器がん 無 有（ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ 子供 ・ 叔父 ・ 叔母 ）

⑦ その他の質問

- 1 豊胸術（シリコン注入等）を受けている（ はい ・ いいえ ）
- 2 女性ホルモンの治療を受けている（ はい ・ いいえ ）
- 3 ペースメーカーを入れている（ はい ・ いいえ ）

以上です。ご協力ありがとうございました。