

乳がん検診問診票

乳がん検診を行うにあたり、下記のご質問内容のご記入をお願い致します。

健診日： 年 月 日

ID：

ふりがな		男	生年月日	大・昭・平	年	月	日	(歳)
お名前		女						

乳 腺 科	①今までに乳腺の病気になったことはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 〈病名〉・乳がん・乳腺炎・乳腺症・のう胞・線維腺腫・その他() 〈経過〉・完治 ・治療中 ・経過観察中
	②ご親族に乳がんの方はいらっしゃいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (母・祖母・姉妹・おば・姪)
	③下記の症状はありますか。 〈しこり〉 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 右(いつから) 左(いつから) 〈脇のしこり〉 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 右(いつから) 左(いつから) 〈分泌物〉 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 右(色：血性・茶色・白色・透明) / 左(色：血性・茶色・白色・透明) 〈痛み〉 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 右(平常時・月経前・月経時) / 左(平常時・月経前・月経時)
	④授乳歴はありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 授乳中
	⑤自己触診を行っていますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない
	⑥豊胸手術をしていますか。 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない