

# 乳がん検査予診票

検査日： 年 月 日

|       |                 |
|-------|-----------------|
| フリガナ： | 診察券番号：          |
| 名前：   | 生年月日： 年 月 日（ 歳） |

※該当する項目にチェックをつけてください

【1】症状  なし

あり（ 痛み・ しこり・ 乳首からの分泌・ その他（ ））

【2】マンモグラフィーを受ける方のみお答えください

|   |  |
|---|--|
| ペースメーカー留置中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 妊娠中・妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| VP シヤント留置中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 授乳中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい           |
| 豊胸手術を受けた <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい   | 断乳1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい       |
| 20歳以下 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい      |  |

【3】神戸市乳がん検診以外の方は、以下の記入をお願いします（神戸市乳がん検診の方は記入不要です）

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 乳がん検診受診歴                | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり（ ）年前<br>検診方法 <input type="checkbox"/> マンモグラフィー <input type="checkbox"/> エコー<br>検診結果 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（ ） |
| 乳腺の病気になったことはありますか       | <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> あり 病名（ ）・ 歳   |
| 血縁者に乳がん・卵巣がんにかかった方はいますか | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（続柄： ）   |
| 月経について                  | <input type="checkbox"/> あり 最終月経（ 月 日～ 日間）<br><input type="checkbox"/> なし 閉経（ ）歳  |
| 妊娠歴について                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（妊娠 回、分娩 回）<br><input type="checkbox"/> 妊娠中  |
| 授乳歴について                 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ヶ月間 ）<br><input type="checkbox"/> 授乳中  |
| 乳房の自己検診をしていますか          | <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している  |
| 現在治療中の病気はありますか          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）  |
| 大きな病気にかかったことはありますか      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）  |
| 手術を受けたことはありますか          | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）  |
| ピルの内服やホルモン治療をしたことはありますか | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（期間 ）  |