

乳房診療問診票

年 月 日

氏名 () () 歳

① 乳癌健診歴 なし ・ あり

ありの方は下記に○をして下さい

方法 : 触診のみ
触診 + マンモグラフィー
触診 + マンモグラフィー + 超音波

施設 : 市町村の検診
一般クリニック
一般病院
専門病院

② 現在妊娠の可能性がありますか? はい ・ いいえ ・ 不明

③ 初経 () 才

最終月経開始日 月 日

月経は 順調 ・ 不順

閉経時年齢 () 才

閉経の原因 自然閉経 ・ 子宮全摘 () 才 ・ ホルモン剤使用
その他 ()

③ 出産について なし ・ あり 初産 () 才 出産 () 回
授乳状況 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合

④ 乳腺疾患歴 なし ・ あり 疾患名 () () 才の時)

⑤ 家族の方に乳腺疾患がありますか?

なし ・ あり (続柄: 疾患名: () 才の時)

⑦ ホルモン剤使用歴 なし ・ あり

⑧ がんの場合、病名告知を希望されますか? はい ・ いいえ

⑨ 下記に該当される場合は○をして下さい

豊胸手術後・ペースメーカー、CVポート、シャント留置後
医療機器を前胸部に挿入している・授乳中