

# 乳癌健診問診票

平成 年 月 日

氏名( ) ( ) 歳

① 乳癌健診歴 ( なし ・ あり )

ありの方は下記に○をしてください

**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 現在妊娠の可能性はありますか? ( はい ・ いいえ ・ 不明 )

③ 初経 ( ) 歳

最終月経開始日 月 日

月経は 順調 ・ 不順

閉経時年齢 ( ) 歳

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

④ 出産について なし ・ あり 初産 ( ) 歳 出産 ( ) 回

授乳状況 母乳 ・ 人工乳 ・ 混合

⑤ 乳腺疾患歴 なし ・ あり 疾患名 ( ) ( 歳の時)

⑥ 家族の方に乳腺疾患がありますか?

なし ・ あり (継続 : 疾患名 : ) ( 歳の時)

⑦ ホルモン剤使用歴 なし ・ あり

⑧ 癌の場合、病名告知を希望されますか? はい ・ いいえ