

八王子市乳がん検診問診票 氏名

下記の質問について該当するところを で囲み、必要な場合はご記入ください。

乳がん検診歴	1. 無	2. 有 視触診 平成 年受診 医療機関名:当院 ・ ()
		マンモグラフィ 平成 年受診 医療機関名:当院 ・ ()
月経	1. 無	2. 有
結婚歴	1. 無	2. 有
妊娠歴	1. 無	2. 有 回
授乳歴	1. 無	2. 有 母乳 ・ 人工 ・ 混合
既往歴		
乳房の病気	1. 無	2. 有 病名:
その他の病気	1. 無	2. 有 病名:
ホルモン治療	1. 無	2. 有
放射線治療	1. 無	2. 有
手術	1. 無	2. 有 膣 ・ 子宮 ・ 卵巣 ・ 乳房
家族歴		
乳がん	1. いない	2. いる 祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ おば ・ 姪 ・ その他
その他のがん	1. いない	2. いる 祖父 ・ 祖母 ・ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ おじ ・ おば ・ その他 子宮 ・ 胃 ・ その他:
自覚症状	ア. しこり、痛みがありますか	
	1. 無	2. 有 (右 ・ 左 ・ わきの下) いつ頃からですか(から)
自覚症状	イ. 乳房から異常なものがでてますか	
	1. 無	2. 有 (右 ・ 左)(血液 ・ うみ ・ 乳汁) いつ頃からですか(から)

有難うございました。 当日この問診票を参考に診察させていただきます。