

乳がん検診問診票

ID		生年月日	
氏名			

① 血縁の方で「がん」にかかった方がいますか？

いる →②へ

いない →③へ

② ①で「いる」にチェックした方のみ

下記に該当する「がん」にかかった方はいますか？

乳がん

卵巣がん

前立腺がん

すい臓がん

悪性黒色腫

③ 現在、妊娠していますか？

はい(妊娠 月)

いいえ

④ 過去に乳腺の手術を受けたことがありますか？

ある →

乳がん

良性腫瘍

豊胸術

乳腺炎

その他()

ない

⑤ 胸部に下記に該当するものが入っていますか？

はい →

ペースメーカー

シェント

ポート

シリコン

その他()

いいえ

⑥ 月経について

順調

不順

閉経(歳時)

子宮全摘(歳時)

その他()

(裏面に続く)

