

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)

乳がん検診問診票(裏面)

⑦ 現在、胸の痛み、しこり、変形、乳頭からの異常分泌物などの気になる症状はありますか？

なし

あり



「あり」にチェックがついた場合、検診ではなく医療機関への受診が必要です。
専門医療機関(乳腺外科など)へご相談ください。

検診をキャンセルする場合は、江別市立病院健診センターへご連絡ください。

【電話番号】 011-382-5151

【受付時間】 11:00~16:00

⑧ 乳房の病気について、医師からの指摘や治療を受けたことがありますか？

乳がん(右・左) 乳腺症 乳腺炎 線維腺腫 乳管内乳頭腫 乳腺のう胞

その他()

⑨ 今までに乳がん検診を受けたことがありますか？

ある → 約()年前

直近の結果

要精密検査 (結果の詳細:)

精密検査不要

不明

ない