

# マンモグラフィー検査問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 年 月 日 年齢 才

1) 現在の身長と体重 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

2) 最近の月経または閉経年齢をご記入ください。  
初潮： 才 最終月経： 月 日～ 月 日：順調、不順 閉経： 才

3) 出産・妊娠回数をご記入ください。 妊娠回数： 回 出産： 回

4) 授乳の経験 •ない •ある ( \_\_\_\_\_ 年前 ) •授乳中

5) ホルモン治療（避妊薬、更年期治療薬を含む）を受けたことはありますか。  
•ない •ある ( 使用期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ か月 ) 現在 •使用している •使用していない

6) そのほかに普段飲んでいる薬はありますか。  
•ない •ある ある場合薬品名 \_\_\_\_\_

---

7) 今までに次の病気にかかったことはありますか。  
乳房の病気 •ない •ある ( 才の時： 病名 \_\_\_\_\_ )  
婦人科の病気 •ない •ある ( 才の時： 病名 \_\_\_\_\_ )  
その他の病気 •ない •ある ( 才の時： 病名 \_\_\_\_\_ )

8) 最近乳房に気になる症状はありますか。  
•ない •ある ( •しこり •痛み •乳汁分泌 •その他 \_\_\_\_\_ ) •右 •左 •両方  
どのくらい前からですか。 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃から 月経との関係 •ない •ある

9) 血縁で乳がんの方はいますか •いない •いる ( 母、子、姉妹、祖母、叔母、従妹 )

10) 豊胸手術をしていますか。 •いいえ •はい

(※はいの場合検査を受けられない可能性があります。放射線科へ相談ください)

11) ペースメーカー等の医療機器をいれていますか。 •いいえ •はい

(※はいの場合検査は原則不可とさせていただきます)

12) 乳がん検診を受けたことはありますか。

•ない •ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃  
•異常なし •要精検 •再検結果 \_\_\_\_\_