

## 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 \_\_\_\_\_