

乳がん検診を受けられる方へ  
問診票

フリガナ

性別: 男 ・ 女

生年月日 西暦

氏名 様

年齢 才

以下の乳房に関する質問にお答えください。

(診断に関わる質問となります。下の図も使用して出来るだけ詳細にお答えください。)

1. 乳房、またはわきの下にしこりがありますか。 はい いいえ
2. 皮膚にくぼみがありますか。 はい いいえ
3. 乳首から分泌がありますか。 はい いいえ
4. 乳房の手術または生検を受けたことがありますか。 はい ( ) いいえ
5. 以前に乳房の疾患を指摘されたことがありますか。 はい ( ) いいえ
6. これまでに乳房健診を受けたことがありますか。  
はい ( 触診 ・ マンモグラフィ ・ 超音波 ) いいえ  
結果 ( 異常なし 所見あり )
7. 妊娠中ですか。 はい いいえ 可能性がある
8. 授乳中ですか。 はい いいえ
9. 最終月経 ( 月 日 ) 閉経 才
10. 豊胸術を受けたことがありますか。 はい ( 注入 ・ シリコン ・ その他 ) いいえ  
※正確な診断のために必要ですのでお答えください。
11. 血縁者に乳がん、または卵巣がんの方がいらっしゃいますか。 はい いいえ
12. 現在服用中のお薬、または治療中の病気はありますか。 はい いいえ