

# 乳がん検診質問票

氏名

生年月日 T・S・H 年 月 日

○受診日 (20 年 月 日) ○受診日年齢 ( 歳) ○体温 ( °C)

○新型コロナワクチン接種について

接種済み 最終接種日( 20 年 月 日)、 部位( 右うで ・ 左うで )  未接種

	はい ✓	いいえ✓
○現在、症状はありますか (はい、の方は下記に <input type="checkbox"/> チェックと詳細を記入)		
<input type="checkbox"/> しこり ( 年 月頃から)、 月経との関係 無 ・ 有		
<input type="checkbox"/> 異常分泌( 白・透明以外 ) 分泌物は何色ですか( 色)、( 年 月頃から)		
<input type="checkbox"/> その他 ( )		
○豊胸手術をされていますか (はい、の方は下記に○か詳細を記入) ( 歳頃: シリコン、生食バック挿入 脂肪やヒアルロン酸注入 その他: )		
○体内金属はありますか (はい、の方は下記に○か詳細を記入) ペースメーカー V-Pシャント CVポート その他( )		
○現在、妊娠していますか		
○妊娠、出産回数をご記入ください ○妊娠 ( 回) ○出産 ( 回)		
○今から6か月以内に、授乳をしていましたか		
○授乳期間 (出産回数が複数の場合はもっとも授乳期間が長かった期間をご記入ください) 最終卒乳時期 ( 年 月頃) 最長授乳期間( 年 カ月)		
○授乳方法について 母乳 ( 人) 混合栄養 ( 人) 人工栄養 ( 人)		
○月経はありますか (下記に詳細を記入) 最終月経日 ( 年 月 日~ 年 月 日) 月経状態 ( 順調 ・ 不順 ) 閉経 ( 歳頃)		
○家族歴 血縁で乳がんにかかった人はいますか 続柄 ( 母・娘・姉妹・祖母・叔母 )		
○既往歴 乳腺の病気にかかったことはありますか 病名 ( 左・右の ) 年齢 ( 歳頃) 手術 ( 無 ・ 有 )		
○ホルモン剤を使用して治療したことがありますか (ピル、ホルモン補充療法など) 使用期間 年 カ月		
○乳がん検診を受けたことがありますか (はい、の方は下記に <input type="checkbox"/> チェックと○を記入) 最後の受診はいつですか ( 年 月頃) 施行検査は <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 超音波検査 検診を受けたのはどこですか <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 ( ) <input type="checkbox"/> 集団検診 その時、異常があると言われましたか のう胞・線維腺腫・石灰化・その他 ( )		
○過去に過度な緊張や不安、痛みによって具合が悪くなったことはありますか		
○ご自身の乳房の構成(乳腺濃度)について知りたいですか		

クリニック使用欄

市町村など					
帯広 老 -	国	社	他	12	クーポン 非課税

該当金額

M2	M1	追加U	(M+追加U)
¥	¥	¥	(¥ )

検査指示・実施欄

M2	M1	U

めぐみ乳腺クリニック	M2方向	U	M+U
****	¥7,000	¥6,000	¥10,000

患者基本入力 / 結果入力 / 事務 チェック