

乳がん検診質問（問診）票

フリガナ			大正・昭和
氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所		電話番号	

新型コロナワクチン接種についてご記入下さい。

1	新型コロナワクチンを 2 か月以内に接種した。	いいえ	はい	接種年月日 令和 年 月 日
2	ワクチンを接種した方はどちらの腕に接種しましたか？	1. 左 2. 右 3. 覚えていない		

該当するところに○を付けてください。

1	乳腺科の疾病の治療中である。	いいえ	はい	（病名： ） 平成・令和 年 月頃から
2	妊娠中である。	いいえ	はい	（妊娠 か月）
3	授乳中または断乳後（6か月以内）である。	いいえ	はい	（産後 か月）
4	豊胸術をしている（注入などを含む）。	いいえ	はい	
5	心臓にペースメーカーを入れている。 （除細動器や心電計を含む植え込み型心臓デバイス）	いいえ	はい	
6	水頭症シャント術を受けている。	いいえ	はい	
* 上記1～6に「はい」がある方は、乳がん検診を受診できません。				

7	乳がん検診を受診したことがありますか？	ない	ある	（前回受診日：令和・平成 年 月頃） （前回の結果：異常なし ・ 異常あり） （前回受診施設名： ）
8	現在、以下のような症状がありますか？ ① しこりを触れる ② 乳房痛 ③ 乳頭分泌異常	ない ない ない	ある ある ある	（平成・令和 年 月頃から） （平成・令和 年 月頃から） （平成・令和 年 月頃から）
9	既往歴 ① 乳腺の病気にかかったことがありますか？ ② 乳腺以外の病気に罹患したことがありますか？	ない ない	ある ある	（病名： ） （病名： ）
10	血縁の人にがんにかかった人はいますか？	いない	いる いる いる	（誰が： 病名： ） （誰が： 病名： ） （誰が： 病名： ）
11	月経について 最終月経；令和 年 月 日～ 日間 または 閉経 歳			
12	妊娠経験はありますか？	ない	ある	（回数： 回）
13	出産経験はありますか？	ない	ある	（初産年齢： 歳） （最終出産年齢： 歳）