

無痛MRI乳がん検診 問診票

担当技師名

00

フリガナ 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成
		年	月	日	(歳)

なぜこの検診をお受けになりましたか (理由)

01

乳がん検診歴 (最新の検診日)	マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	()年 ()月頃	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし	異常所見の内容 (左右と位置も)
	超音波	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	()年 ()月頃	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし	異常所見の内容 (左右と位置も)

02*

03*

乳房・子宮・卵巣疾患 その他のがん 患った事がありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※ありの場合、 右欄にもご記入 お願いします	
------------------------------------	--	------------------------------	--

04

授乳経験は ありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 授乳中	※あり、授乳中 の場合、右欄に もご記入お願 いします	合計で 年 ヶ月 ぐらい
			※ 授乳中は通常より診断能が低下します <input type="checkbox"/> 了承しました

05

乳房に関する 自覚症状は ありますか	痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※ありの場合、 右欄にもご記入 お願いします	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 その他コメント ()	スタッフ記入欄 (区域)
	しこり	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※ありの場合、 右欄にもご記入 お願いします	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 その他コメント ()	スタッフ記入欄 (区域)
<input type="checkbox"/> 乳房が縮んだ (右・左) <input type="checkbox"/> 乳房の凹み (右・左) <input type="checkbox"/> 乳頭陥没 (右・左) <input type="checkbox"/> 分泌物 (右・左) <input type="checkbox"/> 皮膚の発赤 (右・左) <input type="checkbox"/> その他 () 上記に対するコメント ()					

06**

生理	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経	生理がある場合、 最終月経開始日は ()月 ()日頃	生理開始日を1日目として 今日は ()日目 ※推奨期間は3~21日
----	---	------------------------------------	--

07***

豊胸術の施行	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	※ありの場合、 分かる範囲で お書きください	挿入物の種類： トラブル等： その他コメント：
--------	--	------------------------------	-------------------------------

08

家族の方の病気	乳がん		卵巣がん		その他がん	
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	かかった人 (母、姉等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	かかった人 (母、姉等)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	かかった人 (母、姉等)

09

10

乳がん・卵巣がんの 遺伝子検査受診歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	「あり」とお答えの方は結果を教えてください。 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
-----------------------	--	---

11