

住所 〒	—	広島市	区
	町 丁目	番地・番	号

ID:

※受診者本人が、次の住所・氏名欄にボールペンで記入してください。

氏名	カナ	生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日 _____ 歳
	漢字	TEL	()

乳ガン検診を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある

乳がん検診問診票・結果票(A)

※次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。

1. 既往歴及び家族歴			
(1) 乳がん検診を受けたことがありますか。	1. 初めて	2. 受けたことがある(前回 年 月頃)	
(2) 乳房の病気をしたことがありますか。	1. ない	2. ある (歳の時、病名)	
		↓	
		手術をしましたか	1. した 2. していない
(3) 家族(血族)に「乳がん」の人がいましたか。	1. いない	2. いる (続柄)	
2. 月経・妊娠及び授乳に関すること			
(1) 閉経について	1. 閉経前	2. 閉経後(歳の時に閉経)	
	閉経前の方に伺います。最近の月経はいつですか。(月 日から 日間)		
(2) 現在、妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。	1. いいえ	2. はい (妊娠周数 _____ 週)	
(3) 現在、授乳中ですか。	1. いいえ	2. はい	
3. 現在の症状			
(1) 乳房の自己検診をしていますか。	1. していない	2. している(年くらい前から)	
(2) 乳房に痛みがありますか。	1. ない	2. ある (右・左)	
(3) 乳房にしこりがありますか。	1. ない	2. ある (右・左)	
(4) 乳頭の変形がありますか。	1. ない	2. ある (右・左)	
(5) 乳頭から出血や乳汁や浸出液ありますか。	1. ない	2. ある (右・左)	(出血・乳汁・その他)
4. その他確認事項			
(1) 何らかの医療機器(ペースメーカー等)を挿入していますか。	1. いない	2. いる	
(2) 豊胸手術を受けていますか。	1. いない	2. いる	

【マンモグラフィ記録票】		撮影年月日		年 月 日	
撮影方法		1MLO(内外斜位方向撮影) 2CC(頭尾方向撮影)[受診日時点で50歳未満のみ実施] 3撮影不能			
マンモグラフィ実施医療機関名					
マンモグラフィ実施医療機関所在地					
フィルムの評価		1読影可能 2読影不可能(1体動 2撮影条件不良 3ポジショニング不良 4その他())			
第1読影 [読影日:令和 年 月 日]			第2読影 [読影日:令和 年 月 日]		
乳腺の評価		1脂肪性 2乳腺散在 3不均一高濃度 4高濃度		乳腺の評価	
1脂肪性 2乳腺散在 3不均一高濃度 4高濃度		1脂肪性 2乳腺散在 3不均一高濃度 4高濃度		1脂肪性 2乳腺散在 3不均一高濃度 4高濃度	
右MLO	左MLO	右CC	左CC	右MLO	左MLO
所見と判定			所見と判定		
右		左		右	
腫瘍 ()		腫瘍 ()		腫瘍 ()	
石灰化 ()		石灰化 ()		石灰化 ()	
その他 ()		その他 ()		その他 ()	
カテゴリー		カテゴリー		カテゴリー	
1異常なし		1異常なし		1異常なし	
2良性		2良性		2良性	
3良性、しかし悪性を否定できない		3良性、しかし悪性を否定できない		3良性、しかし悪性を否定できない	
4悪性の疑い		4悪性の疑い		4悪性の疑い	
5悪性		5悪性		5悪性	
比較読影 1あり (経時的変化 : 1増悪 2不変 3軽快)			比較読影 1あり (経時的変化 : 1増悪 2不変 3軽快)		
2なし			2なし		
医師名 : ()			医師名 : ()		
総合判定		1 精検不要 [特記事項]() 2 要精検			
総合判定日		令和 年 月 日		判定医師名	
総合判定実施医療機関名					
総合判定実施医療機関所在地					
精密検査実施医療機関		1. 自院で実施 2. 他院を紹介 医療機関名()			
健康手帳		1 交付 2 再交付 3 交付済み			