

乳癌検診を希望の方はご記入下さい。



※乳腺専門外来にて検診を受けておられる方、外来にて経過観察指示のある方、

乳癌の既往ある方は、外来での検診をおすすめします。

ドック	技 師

氏名 ID 生年月日 年 月 日 生 歳

※下記の項目で一つでも「あり」のある方は禁忌事項となるため、マンモグラフィ検査をお断りしています。

- 現在、妊娠の可能性はありますか？ な し ・ あ り
- 豊胸手術 な し ・ あ り
- V-Pシャント（水頭症）手術 な し ・ あ り
- 植え込み型心臓ペースメーカー装着 な し ・ あ り
- 植え込み型除細動器装着 な し ・ あ り
- CVポート（薬液注入器具）の挿入 な し ・ あ り

○授乳中または、断乳後6ヶ月以内ですか？ いいえ ・ は い

※授乳中、断乳後6ヶ月以内の方は乳腺が発達しているため、正確な診断が困難になります。

○ 乳房手術経験（豊胸手術は除く） な し ・ あ り （右 ・ 左 ・ 両側）
（部分切除 ・ 全摘）

1) 乳房健診受診経験 なし ・ あり () 回 最終検診日 年 月
前回の検査結果（異常あり・異常なし・二次精査） 精密検査結果

2) 乳房の痛み なし ・ あり 1. 右 ・ 左 ・ 両側
技師記入欄 2. いつから (年前 ・ ヶ月前 ・ 日前)

3) 乳房のしこり なし ・ あり 1. 右 ・ 左 ・ 両側
技師記入欄 2. いつから (年前 ・ ヶ月前 ・ 日前)

4) 乳首の変形 なし ・ あり 1. 右 ・ 左 ・ 両側
技師記入欄 2. いつから (年前 ・ ヶ月前 ・ 日前)

5) 乳首からの分泌物 なし ・ あり 1. 右 ・ 左 ・ 両側
技師記入欄 2. いつから (年前 ・ ヶ月前 ・ 日前)
3. 性状 (血のような ・ 乳のような ・ 無色)

6) 最近の月経 (月 日 ~ 月 日) 閉経 () 歳
規則的にありますか？ いいえ ・ はい 周期 () 日

7) 過去の授乳経験 なし ・ あり (母乳 ・ 混合 ・ 人工)

8) 乳がんの家族歴 なし ・ あり (続柄 :)

9) 卵巣がんの家族歴 なし ・ あり (続柄 :)

技師記入欄