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	□ 大正 □ 昭和 □ 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	□ あり □ なし	（ 年 ） 月頃	□ 異常あり □ 異常なし	異常所見の内容 (右・左・位置)	02 03
	超音波	□ あり □ なし	（ 年 ） 月頃	□ 異常あり □ 異常なし	異常所見の内容 (右・左・位置)	
乳房・卵巣疾患や、その他のがんにかかったことはありますか。	□ あり □ なし	※ありの場合、右欄にご記入お願いします				04
授乳経験 はありますか	□ あり □ なし	※ありの場合、合計の月数をお書きください	合計で 年 ヶ月 ぐらい			05
乳房に関する自覚症状はありますか	□ あり □ なし	※ありの場合、右欄にご記入お願いします	（左右や、どこが気になるか等ご記入ください） (右・左)			06
生理	□ 順調 □ 不順 □ 閉経	生理がある場合、最終月経は （ ）月（ ）日頃	生理開始日を１日目として 今日は（ ）日目			07
豊胸術の施行	□ あり □ 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	
	□ あり □ なし	かかった人（母、姉等）	□ あり □ なし	かかった人（母、姉等）	□ あり □ なし	09 10
乳癌・卵巣がんの遺伝子検査受診歴	□ あり □ なし	「あり」とお答えの方は結果を教えてください □ 陽性		□ 陰性		08
ワクチン接種の有無について	□ なし □ あり（右腕） □ あり（左腕） 最後に接種した大体の時期： □1ヶ月以内 □3ヶ月以内 □それ以上前					11