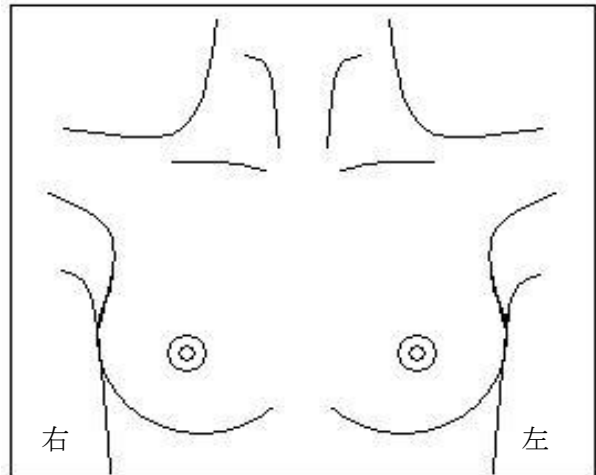


乳がんセンター初診アンケート (記載日 年 月 日)

お名前 _____, 年齢 _____ 歳, 身長 _____ cm, 体重 _____ Kg

(1) どうされましたか？

- ・ 自覚症状なし (検診目的, 二次検診)
- ・ 自覚症状あり
 - 乳房のしこり (右, 左)
 - 乳房の腫瘍 (右, 左)
 - 乳房の痛み (右, 左)
 - 乳頭分泌 (右, 左)
 - その他 (_____)



(2) 最近、乳がん検診を受けられましたか？

いいえ

はい (_____ 年 _____ 月 _____ 日頃、結果: _____ と言われた)

(3) 「自覚症状あり」の方に伺います。症状はいつ頃からありましたか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

(4) 月経, 結婚, 妊娠についてお教え下さい。

初潮: _____ 歳

月経: あり [順調, 不順] (最終月経: _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)
なし [閉経 _____ 歳] (自然閉経, 手術などによる人工閉経)

結婚されていますか? : はい (初婚年齢 _____ 歳), いいえ (未婚, 離婚 _____ 歳)

現在妊娠中ですか? : はい (妊娠第 _____ 週), いいえ

妊娠されたことは? : なし あり (初産 _____ 歳, 最終出産 _____ 歳)

授乳形式: 母乳 (_____ 児), 人工乳 (_____ 児), 混合 (_____ 児)

(5) 血縁の方のご病気をお教え下さい。

乳がん: いない, いる (祖母, 母, 姉, 妹, 娘, 叔母, いとこ, その他 _____)

他のがん: いない, いる (続柄と部位: _____)

(6) これまでどんな病気をされましたか

乳房の病気 : ない ある (_____ 歳の時、病名: _____)

婦人科の病気: ない ある (_____ 歳の時、病名: _____)

他の病気 : ない ある (_____ 歳の時、病名: _____)

手術 : ない ある (_____ 歳の時、病名: _____)

ホルモン剤, ピルをのまれたことはありますか:

ない, ある (_____ 歳の時、薬品名: _____, 目的: _____)

(7) 「乳がんセンター」をお知りになったきっかけを教えてください。

- ・ 自分でインターネットを使って調べた
- ・ 電話で問い合わせた時に受診を勧められた
- ・ 以前に乳がんセンターを受診した
- ・ 紹介医に勧められた