乳がん検診受診票

No.	受診年月日	年　年　日	免除区分	1. 70歳以上の方	2. 65歳以上の後期高齢障害認定者	3.	4. 生活保護世帯の方	5. 非課税世帯の方

※太枠の中を記入してください。

氏名	フリガナ (氏)　(名)	生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日生	年齢 3月31日現在 満　歳
住所	〒	電話	自宅　－ 勤務先　－	

① **血縁の方でがんにかかった人がいますか**（ いる　いない ）

② **婚姻歴**　未婚　既婚 → 初婚時の年齢（　歳）　③ 身長　cm　体重　kg

④ **既往歴**　乳腺疾患にかかったことは

なし ・ あり　手術の有無

（　歳）　乳腺炎 → した　しない

（　歳）　乳腺症 → した　しない

（　歳） → した　しない

⑤ **ホルモン治療**（経口避妊薬を含む）

なし ・ あり　病名　（使用期間　年　か月）

⑥ **豊胸術**

なし ・ あり（　歳）

⑦ **初潮**（　歳）　順調・不調　閉経（　歳）　（自然 ・ 手術後）

最近の月経　月　日から　月　日まで　妊娠中の方（妊娠　か月）

⑧ **妊娠回数**

出産		（　回）	（最初　歳）	（最後　歳）
流産	（自然・人工）	（　回）	（最初　歳）	（最後　歳）
その他	（外任含む）	（　回）	（最初　歳）	（最後　歳）
合計		回		

⑨ **授乳方法**　母乳（　人）　混合栄養（　人）　人工栄養（　人）→母乳がほとんど出なかった　出たが授乳しなかった

⑩ **現在の症状**

しこり	なし・あり	（右．左．両側）	いつから	（　年　か月前から）	月経との関係　（なし ．　あり）
いたみ	なし・あり	（右．左．両側）	いつから	（　年　か月前から）	月経との関係　（なし ．　あり）
異常分泌	なし・あり	（右．左．両側）	いつから	（　年　か月前から）	月経との関係　（血性 ．非血性）

その他乳房で気になることがあったらご記入ください。

⑪ 過去に乳がん検診を受けたことがありますか なし ・ あり →	平成　年　月 結果 検診機関名 （マンモグラフィ　検査なし・あり）	平成　年　月 結果 検診機関名 （マンモグラフィ　検査なし・あり）	平成　年　月 結果 検診機関名 （マンモグラフィ　検査なし・あり）

自己触診をしていますか　毎月している。　時々している。　していない。

旭　川　市