

# 乳がん検診 結果票

※黒枠内を事前に記入し、医療機関へお持ちください

ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日生まれ
名前			
次の1～10の問診にお答えください。			
1. 初経年齢( 歳) ・閉経年齢( 歳)		7. 自分または血縁関係がある人で、がんにかかった人がいる場合は記入してください。 続柄( )→部位( ) 続柄( )→部位( ) 続柄( )→部位( )	
2. 最近の月経( 月 日から 日間) → 周期( 規則的 ・ 不規則 )		8. 乳房に下記の症状があれば○をつけてください。 ・しこり ・ひきつれ ・くぼみ ・痛み(どんな痛みですか: ) ・乳頭から分泌物(何色ですか: )	
3. 初産年齢( 歳) ・出産回数( 回) ・妊娠回数( 回) ・自然流産( 回) ・人工流産( 回)		9. 乳がん検診を受けたことがありますか。 なし・あり( 前回の検診: 年 月頃 ) ( 結果: 異常なし・異常あり )	
4. 授乳( 母乳・人工・混合 )		＜異常ありの方のみ: 詳しい検査を 受けた・受けない＞	
5. 乳房の異常を指摘されたことがありますか。 なし・あり(診断名: 歳 )		10. 気になることがありましたら記入してください。 { }	
6. 婦人科疾患や豊胸術等の手術、ホルモン治療をしたことがありますか。 なし・あり( 歳 )			

(医療機関記入欄)

検診実施日	年 月 日
検査方法	該当する検査方法に○をつけてください ・MLO 法のみ実施 ・MLO 法と CC 法両方実施
＜結果＞	
1. 精密検査不要	
2. 要精密検査	
3. その他の所見 (所見名: )	
4. 判定困難	
医療機関名	医師名