様式第９号

乳 が ん 検 診 票

〔問 診 欄〕

番号		氏名		生年月日	年　月　日（　歳）
住所					
既往歴等	1　家族でがんにかかった人はいますか。 どこのがんですか。			いない	いる（誰が　） 部位（　）
	2　今までに乳房や婦人科の病気になった ことはありますか。			ない	ある（病名　） （年齢：　歳ころ）
	3　以下に該当するものはありますか。 ・豊胸術実施　・ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ装着 ・VP ｼｬﾝﾄ施行　・CV ﾎﾟｰﾄ挿入中			ない	ある （・豊胸術実施　・ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ装着 ・VP ｼｬﾝﾄ施行　・CV ﾎﾟｰﾄ挿入中）
	4　月経について　a 規則的ですか。			はい	いいえ
	b 最近の月経はいつですか。 c または、閉経は何歳の時ですか。			（　月　日から　日間） （閉経　満　歳）	
	5　妊娠したことはありますか。			ない	ある（出産　回）
	6　妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか、 または、授乳中ですか。			ない	ある （妊娠中　週・妊娠の可能性あり・授乳中）
現在の状況	7　乳房に変化はありますか。			右	ない
					ある（しこり・痛み・湿疹・ その他　） いつ頃から（　）
				左	ない
					ある（しこり・痛み・湿疹・ その他　） いつ頃から（　）
	8　現在、女性ホルモン剤やピルなどを服用して いますか。			ない	ある（いつ頃から　）
受診歴等	9　乳がん検診を受けたことがありますか。 最も最近受けたのはいつですか。 その結果はどうでしたか。			ない	ある（　回） （　年　月　日） （異常なし・要精検⇒結果（　））
	10　乳房を意識する生活習慣「**ブレスト・アウェアネス**」を知っていますか。 具体的な行動※をしていますか。			知っている　知らない している　していない	

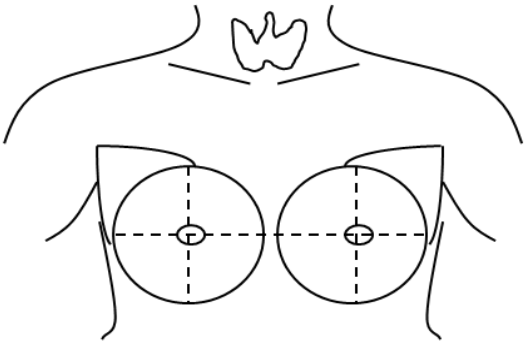
※「**ブレスト・アウェアネス**」具体的な行動は、
①自分の乳房の状態を知る　②乳房の変化に気をつける
③変化に気がついたらすぐ医師に相談する　④40 歳になったら２年に１回乳がん検診を受ける

［視・触診 及び 乳房エックス線検査の結果 及び 指導区分 記入方欄］

検診所見　　乳房エックス線番号：

視診･触診所見 （受診　なし・あり）

0.異常なし　☐
1.形態異常　☐
2.皮膚の異常　☐
3.乳頭の異常　☐
4.腫瘤の有無　☐
5.圧痛の有無　☐
6.発赤の有無　☐



☐ 7.乳頭分泌
　右：　血性･水性･乳汁
　左：　血性･水性･乳汁

☐ 8.リンパ節腫脹
☐ 9.甲状腺腫脹
☐ 10.その他
（　　）

マンモグラフィ所見 （1方向 ・ 2方向）

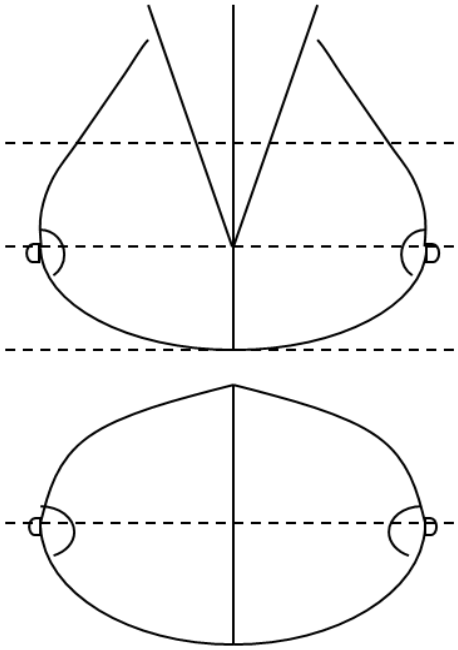
[右]

＊部位：　図に表示

＊所見1：
　腫瘤
　石灰化
　非対称
　その他

＊所見2：
　腫瘤
　石灰化
　非対称
　その他

判定：カテゴリー(　　)



[左]

＊部位：　図に表示

＊所見1：
　腫瘤
　石灰化
　非対称
　その他

＊所見2：
　腫瘤
　石灰化
　非対称
　その他

判定：カテゴリー(　　)

乳腺の評価	☐脂肪性　☐乳腺散在　☐不均一高濃度　☐極めて高濃度

指導区分

検診結果の判定 （指導区分）	1　異常なし（ブレスト・アウェアネスの継続） 2　要 精 検（医療機関で精密検査）　　要至急 （1）視触診による　（2）乳房エックス線検査による
検診年月日	年　月　日 検診実施機関及び医師名　　印