

# 乳腺外来問診票

記入日： 年 月 日

この問診票は、検査や治療を受けていただく際の大切な情報となりますので正確にご記入をお願いいたします。なお、わからないところや答えにくいところは空欄のままで結構です。

ID ( ) お名前( ) 生年月日( 年 月 日)

1. 本日来院された目的をお伺いします。(複数可)

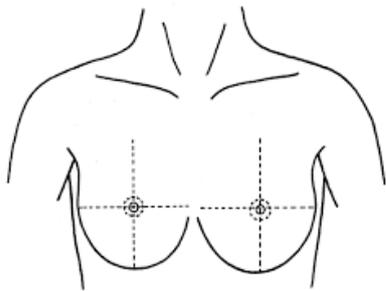
- 検診のため。
- 検診で精密検査を勧められたため。
- 症状があり精密検査を希望するため。(質問2を回答ください)
- 過去に症状があり、定期検診のため。
- 術後の定期検診のため。

2. 症状のある方に伺います。(複数可)

- 乳房にしこりがある。(右・左)     乳房に痛みがある。(右・左)
- 乳房に変形がある。(右・左)     わきにしこりがある。(右・左)
- 乳頭から分泌物がある。(右・左)
- 乳頭のまわりに皮膚のただれがある (右・左)
- その他( )

その症状はいつからですか( 年 月 )頃から

症状のある場所にしるしをいれてください



3. 過去に乳がん検診を受けたことがある方に伺います。

どこで ( 自治体検診・ドック検診・病院・その他 ) いつ頃ですか ( )年前

検査内容 ( 視触診・マンモグラフィー・エコー検査 )

結果は ( 異常なし・異常あり )

精密検査の結果は ( 異常なし・異常あり )

異常ありの場合の診断名 ( )

4. 過去にかかった病気や手術

乳房(乳腺)の病気 ( 歳)(病名 )

乳房の手術 ( 歳)(手術内容 )

婦人科の病気 ( 歳)(病名 )

その他の病気や手術 ( 歳)(病名・手術 )

5. 現在、内服している薬はありますか？

いいえ

はい 薬品名 ( )

6. アレルギーはありますか？

いいえ

はい どのようなアレルギーですか？

薬( )、食べ物( )

花粉症、その他( )

7. 血縁者に乳がんになった方がいますか？

いいえ

はい どなたがですか？(母、姉、妹、祖母、おば、娘、その他( ))

8. 血縁者に乳がん以外のがんになった方はいますか？

いいえ

はい どなたがですか？( ) どの？ ( )

9. 妊娠歴についてお答えください。

妊娠回数( )回、出産回数( )回

10. 月経についてお答えください。

初潮( )歳、閉経( )歳

最終月経 月 日～ 月 日

11. 現在妊娠していますか？または妊娠の可能性はありますか？

いいえ

はい (妊娠 か月)

12. 現在授乳していますか？

いいえ

はい

13. もし乳癌であった場合、告知を希望しますか？

いいえ

はい

\* 当院に受診されたきっかけを教えてください。

以前からかかりつけ 知人の紹介・口コミ ホームページ 看板 その他

ご協力ありがとうございました。