

乳腺外来問診票

平成 年 月 日

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用します。

ふりがな		男	大・昭・平	年	月	日生
お名前	様	女				
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 今日はどのようなことでこられましたか？

- () 検診・人間ドックで異常を指摘された → 結果をお持ちであれば受付にお出しください
() 定期検査
() その他（具体的に： _____)

2. 以下の症状の有無を教えてください

- ① 乳房の痛み ない ・ ある (平常 ・ 月経時) (右 ・ 左)
② 乳房のしこり ない ・ ある (いつから _____) (右 ・ 左)
③ 乳頭（乳首）の変形 ない ・ ある (いつから _____) (右 ・ 左)
④ 乳頭（乳首）の異常分泌 ない ・ ある (いつから _____) (右 ・ 左)

3. 乳がん検診を受けたことはありますか？

ない ・ ある (最後に受けたのは _____ 年 _____ 月頃)
(受けた検査内容は 視触診 ・ マンモグラフィー ・ 超音波検査)

4. あなたの血縁者の中にがんにかかった人はいますか？ (特に乳がん・卵巣がん)

いない ・ いる (続柄 _____) (病名 _____)

5. 妊娠・出産について

- ① 妊娠回数 (_____) 回
 妊娠のうち 出産 (_____) 回
 流産・死産 (_____) 回
② 初産年齢 (_____) 歳 最終出産年齢 (_____) 歳

6. 授乳について

- ① 授乳中ですか？ ② 出産時の授乳
 いいえ ・ はい 母乳 ・ 混合 ・ 人工

7. 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい

8. 以下に今までかかった病気や受けた治療はありますか？

乳腺の病気 ・ 手術 (子宮 ・ 卵巣) ・ ホルモン治療 ・ 放射線治療 ・ 豊胸術

1. 糖尿病 2. 高血圧 3. 高脂血症 4. 狭心症 5. 心筋梗塞 6. 脳梗塞
7. 癌 8. 気管支喘息 9. その他 _____

9. 病名の告知を希望されますか？ はい ・ いいえ

希望されない場合、どなたに告知しますか？ (続柄 _____ 氏名 _____)

10. 当院を何でお知りになりましたか？

ご近所 広告 インターネット ご紹介 その他(_____)