

# 乳腺外来問診票

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。

令和 年 月 日

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

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C

## 1. 今日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てください
- 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）  
（検査内容 / 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 ・ 出産（ \_\_\_\_\_ ）回 / 流産・死産（ \_\_\_\_\_ ）回
- ② 初産（ \_\_\_\_\_ ）歳 / 最終出産（ \_\_\_\_\_ ）歳

## 6. 授乳について

- ① 授乳中ですか？                いいえ ・ はい
- ② 出産時の授乳                  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. 最終月経 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（閉経 \_\_\_\_\_ 歳の時）

## 9. 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 \_\_\_\_\_

## 10. 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 \_\_\_\_\_）

## 11. 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（紹介者/ \_\_\_\_\_）    その他 \_\_\_\_\_