

# 乳腺外科問診票

20 年 月 日

お名前		生年月日	年 月 日	性別	女性 男性
年齢	歳	ご職業			

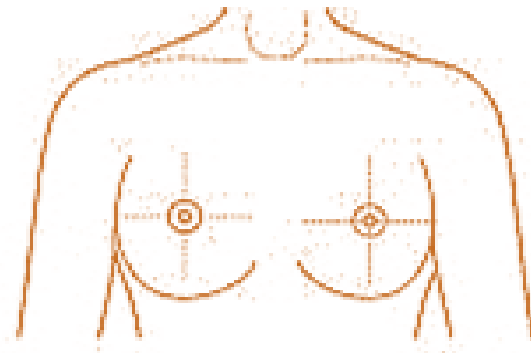
質問1. 本日はどのように具合が悪くて受診されましたか？

ご自身で自覚する症状や変化に○をつけてください。その部位も図に記入してください。  
また、いつ頃から症状が始まったか記入してください。

症状： しこり 痛み 違和感 分泌

その他 ( )

・それはいつ頃からですか？ ( )



質問2. 月経についてお尋ねします。

①月経はありますか？はい、いいえに○をつけて、質問にお答えください。

はい → 最近の月経は\_\_\_\_月\_\_\_\_日から約\_\_\_\_日間

いいえ→ \_\_\_\_\_歳頃に閉経、 もしくは病気 ( ) のために閉経

②初潮はいつですか？ \_\_\_\_\_歳頃

質問3. 妊娠・出産歴についてお尋ねします。当てはまる項目に○を付け、質問にお答えください。

婚姻歴： 未婚 結婚(同棲)\_\_\_\_歳、 離別\_\_\_\_歳

妊娠出産歴： 妊娠\_\_\_\_回 (そのうち出産は\_\_\_\_回、現在お子様\_\_\_\_人)

現在妊娠中ですか？ はい(妊娠\_\_\_\_週) いいえ

将来妊娠希望がありますか？ はい いいえ

質問4. 下記の治療(処置)を受けたことがありますか？あれば、○で囲んでください。

豊胸術(術式: \_\_\_\_\_) VPシャント ペースメーカー

★裏面もご記入ください

