

乳腺外科問診票

記入日 20 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日
お名前			(歳)
住 所 (結果送付先)		電話番号	自宅
			携帯

下記の質問にわかる範囲でお答えください

1. 本日はどのような理由で受診されましたか？

- 乳がん検診 乳房の症状あり

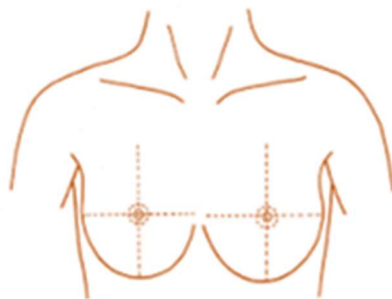
⇒「乳房の症状あり」と答えた方はお答えください

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。

しこり 痛み 違和感 分泌

その他 ()

❖それはいつ頃からですか？ ()



2. 月経についてお尋ねします

①月経はありますか？

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

3. 妊娠・出産歴についてお尋ねします

妊娠歴： 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、現在お子さん 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

裏面も記入してください

4. 下記の治療（処置）を受けたことがありますか？

豊胸術（術式： _____ ） VP シャント _____ ペースメーカー _____

5. 今までに乳がん検診および乳腺外来を受診したことはありますか？

いいえ はい（ _____ 年 _____ 月頃、 超音波検査 _____ マンモグラフィ _____ ）
⇒診断された病名などあれば記入してください
（ _____ ）

6. あなたの血縁者の中にがんにかかった人はいますか？

いいえ はい（病名： _____ 続柄 _____ ）

7. 女性ホルモン補充療法を受けたことがありますか？

いいえ はい（期間： _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月・ 現在継続中 _____ ）

8. 薬剤アレルギーはありますか？

いいえ はい（薬剤名： _____ 症状： _____ ）

9. 今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか？

いいえ はい（病名： _____ ）

10. 現在お薬を飲んでいますか？

いいえ はい（薬剤名： _____ ）

11. 生活歴についてお尋ねします

喫煙歴： なし ある（ _____ 歳頃より 1 日 _____ 本程度）・禁煙中（ _____ 歳頃まで喫煙）

飲酒歴： まったく飲めない ある（1 日 _____ ml 程度、週に _____ 日飲酒）