

乳腺外来問診票

記入日 年 月 日

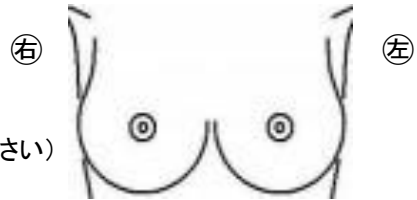
フリガナ
お名前 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
ご住所 〒 - (自宅) - -
電話番号 (携帯) - -

身長 cm 体重 kg

①今回どのような症状で来院されましたか？

- (1) 乳房の痛み なし ・ あり (左 ・ 右) → いつからですか？ (頃から)
 (2) 乳房のしこり なし ・ あり (左 ・ 右) → いつからですか？ (頃から)
 (3) 乳頭の分泌物 なし ・ あり (左 ・ 右)
 ※分泌物はいつ頃から何色ですか？ ()

- (4) 皮膚の発赤・ただれ なし ・ あり
 (場所を記入してください)



- (5) その他の症状【(例：痒み、くぼみ、陥没乳頭等) 】
 (6) 今回乳がん検診で精密検査が必要となった いいえ ・ はい → (年 月 日実施の検査)
 (マンモ・エコー・視触診)

②既往歴および家族歴

- (1) 乳房の病気をしたことがありますか？
 なし ・ あり (歳 病名：) → (手術歴・病院名：)
 (2) 今までに乳がん検診を受けたことがありますか？ なし ・ あり → (前回 年 月頃)
 (マンモ・エコー視触診)
 ※その時に精密検査が必要となりましたか？ いいえ ・ はい → (精密検査結果：)
 (3)
 ア 初潮はいつですか？ (歳)
 イ 最終月経はいつですか？ (月 日から 日間) ・ すでに閉経した (歳)
 ウ 月経周期は順調ですか？ 順調 ・ 不順
 エ 妊娠について ①妊娠中(妊娠 ヶ月) ②妊娠の可能性あり ③過去妊娠 回
 オ 出産歴について なし ・ あり → (初産 歳 ・ 出産 回)
 カ 今後の妊娠・出産の希望 なし ・ あり
 キ 授乳歴について なし ・ あり → (現在授乳中： ヶ月) (卒乳後： ヶ月)
 (4) ペースメーカー、VPシャントは入っていますか？ いいえ ・ はい → ()
 (5) 豊胸手術を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい → ()
 (6) 他の病気にかかったことはありますか？ なし ・ あり
 【高血圧・心臓病・糖尿病・腎臓病・その他 () 】
 (7) 現在飲んでいる薬はありますか？ なし ・ あり → (お薬手帳を出してください)
 (薬剤名)
 (8) 薬のアレルギーはありますか？ なし ・ あり (薬剤名)
 食べ物のアレルギーはありますか？ なし ・ あり (食物名)
 (9) 血縁者にがんの方はいますか？ 不明・いない・いる → (続柄・どこの癌：)

③当院を何でお知りになりましたか？

- ①ホームページ ②知り合いの紹介 ③その他 ()

ありがとうございました