# 乳腺問診票

ID:　　令和　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | 生 年 月 日 | | 女 ・ 男 |
| 氏名 | | 昭和<br>平成<br>令和 | 年　　月　　日<br>年齢　　歳 | |
| 〒　　住所 | | | | |
| 電話番号:第一希望　　（続柄　　）第二希望　　（続柄　　） | | | | |

◇ いつ頃からどのような症状がありますか？（当てはまる症状すべてに〇をつけてください）

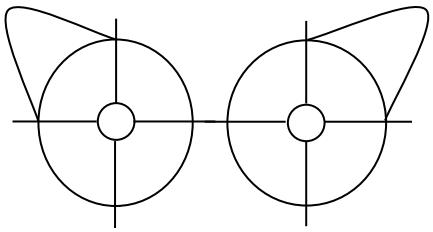
乳房のしこり　乳房の痛み　はれ、熱感　乳頭の分泌物（ 白色、 透明、 褐色、 血液 ）

違和感がある　乳房検診　精密検査　他院からの継続治療

その他（　　）

★ だいたいの場所に印をしてください ★

右　　左



◆診察の前に看護師と問診があります。

◇ 乳房検査を受けたことがありますか？　ない　ある（　　年　月頃 ・ 不明 ）

前回の検査内容 ： 触診 ・ マンモグラフィー ・ 超音波（エコー）

検査結果 ： 異常なし ・ 経過観察 ・ 精密検査（場所　　結果　　）

◇ 月経について　・初潮（　　歳）　・閉経（　　歳　自然 ・ 手術後）

・最近の月経（　　月　　日～　　月　　日　順調 ・ 不順 ）

◇ 現在妊娠の可能性はありますか？　ない　どちらともいえない　ある（現在　　ヶ月）

◇ 妊娠、出産、授乳の経験はありますか？　ない　ある　妊娠（　　回）　・出産（　　回）

授乳　ない　ある　授乳中

◇ 血縁に乳がんの方はいますか？

いない　いる（ 母　姉　妹　祖母　子　おば　いとこ ）

◇ 今までにかかった主な病気や手術（入院）はありますか？

・乳 房　ない　ある → （　　歳頃）（病名・治療　　）

・婦人科　ない　ある → （　　歳頃）（病名・治療　　）

・その他　ない　ある → （　　歳頃）（病名・治療　　）

◇ 婦人科でホルモン治療を受けたことがありますか？　ない　ある（ 現在治療中 ／ 過去にある ）

◇ 飲み薬、注射、麻酔で気分が悪くなったり じん麻疹などの症状が出たことがありますか？

ない　ある → （お薬 注射など　　）

（症状　　）

◇ 飲んでいるお薬はありますか？ 【 お薬手帳がある方は受付窓口へお出しください。 】

ない　ある → （お薬　　）

◇ 当クリニックは何で知りましたか？紹介者・紹介医療機関があれば差支えない範囲で教えてください。

・知人からの紹介（　　）　・医療機関からの紹介（　　）

・通りがかりに気づいた　・インターネット　・その他（　　）