

乳腺問診票

平成 年 月 日

ふりがな

氏名 様 性別 男・女

生年月日 大・昭・平 年 月 日 年齢 歳

住所 〒

連絡先TEL(自宅) - - 身長 cm 体重 kg

連絡先TEL(携帯) - -

職業 会社員・自営業・専門職・公務員・学生・主婦・パート・アルバイト
無職・その他()

下記の質問について、可能な範囲でご記入くださいますようお願いいたします。

●現在はどうのような症状がありますか？

- しこりがありますか？ はい・いいえ（右・左）
- 気づいてからの大きさは？
（大きくなった・変わらない・小さくなった・大きくなったり小さくなったりする）
- 痛みがありますか？ はい・いいえ（右・左）（時々・常に）
- 乳頭から異常分泌がありますか？ はい・いいえ（右・左）
- 乳首がくぼんでいる・変形している・湿疹のようなただれがある（右・左）
- その他（ ）

●今までに乳がん検診をうけたことがあればご記入ください。

- いつごろ受けましたか？ （ 年 月 頃 ）
- 結果について （異常なし・異常あり→ ）
- 受けた内容 （視触診・マンモグラフィー・超音波検査 ）

●今までにかかった病気や手術についてご記入ください。

- 乳腺の病気 無・有（ 歳頃 ）
（病名： /治療： ）
- 乳房の手術 無・有（ 歳頃 ）
（病名： /手術内容： ）
- 子宮/卵巣の手術 無・有（ 歳頃 ）
（病名： /手術内容： ）

次ページへ

- その他の大きな病気や手術 無・有 (歳頃)
 (病名: /治療:)
- ホルモン治療 無・有 (歳頃) (更年期障害・ピル・その他)
- 不妊治療 無・有 (歳頃)
- 豊胸手術 無・有 (歳頃) (バッグ挿入・その他)
- 放射線治療 無・有 (歳頃) (病名・治療:)

●現在内服中のおくすりがあればご記入ください。

- ()
- ()

●現在通院している病院やクリニックはありますか？ 無・有
 治療内容()

●薬や食べ物、花粉などでアレルギーはありますか？ 無・有
 有の場合、くわしくご記入下さい。アレルギーの原因となるもの症状など
 (薬:)(食べ物:)(その他:)

●血縁者について

- 乳がんの人がいる 無・有 続柄 (祖母・母・姉妹・娘)
- 他のがんの人がいる 無・有 続柄()(病名:)
- たばこは吸いますか？ 無・有 (本/1日程度、 年間)
 以前吸っていた (本/1日程度、 年間)
- アルコールを飲みますか？ 無・有 (毎日・時々)
- 結 婚 未婚・既婚
- 月経不順 無・有 ()
- 妊娠の可能性 無・有 妊娠中()週・産後/授乳中()ヶ月・産後/授乳なし
- 妊娠、出産経験 妊娠()回・出産()回・初産年齢()歳
- 授乳について 経験なし・経験あり(母乳・人工・混合)
- 月 経 初潮()歳頃・閉経()歳頃・一番最近の月経(月 日)
- 今後の妊娠希望 無・有

●当院に来院されたきっかけを教えてください。(複数チェック可)

- 他院からの紹介 知人の紹介 看板 バス広告 ホームページ
- 以前に市立伊丹病院で診てもらっていたので引き続きで
- その他 ()

ご記入ありがとうございました。