

# 乳腺問診票

令和 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： ）

- 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。