

# 乳腺外来問診票

年 月 日 記入

この問診票は、治療を受けていただく際の大切な情報となりますので  
正確にご記入をお願いいたします。なお、わからないところは空欄の  
ままで結構です。

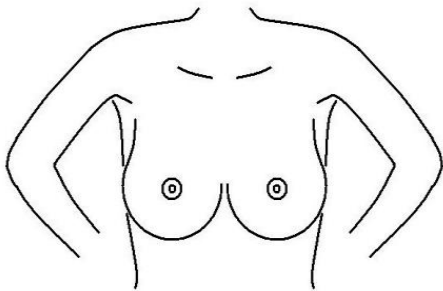
ふりがな		生年月日			
氏名	女・男	T・S・H	年	月	日 ( 歳)
住所	電話番号				
	自宅 ( ) 携帯 ( )				

## 1. 本日来院された目的をお伺いします。

- 検診
- 他院の検診で精密検査を勧められた (紹介状 有・無)
- 症状があり精密検査を希望
- 過去に症状があり、定期検診のため
- 術後の定期検診

## 2. 症状のある方に伺います。

- 乳房にしこりがある (右・左)
  - 乳房に痛みがある (右・左)
  - 乳房に変形がある (右・左)
  - わきにしこりがある (右・左)
  - 乳頭から分泌物がある (右・左)
  - 乳頭のまわりに皮膚のただれがある (右・左)
  - その他 ( )
- 症状はいつからですか ( )



症状のある場所にしるしをいれてください

裏面に続きます

3. 過去に乳がん検診を受けたことがある方に伺います。  
いつ頃ですか ( )  
内容 ( 視触診 ・ マンモグラフィー ・ エコー検査 )  
結果は ( 異常なし ・ 異常あり )
4. 過去にかかった病気や手術  
乳腺の病気 ( 歳 ) ( 病名 )  
乳房の手術 ( 歳 ) ( )  
婦人科の病気 ( 歳 ) ( )  
その他の病気や手術 ( )
5. 現在治療中の病気、飲んでいるお薬があればお書き下さい。
6. 血縁者に乳がんにかかった方はおられますか。  
いない ・ いる ( 続柄 )
7. タバコは吸いますか。  
いいえ ・ はい ( 本/日 年間 )
8. お酒は飲みますか。  
いいえ ・ はい ( 本/ 毎日・たまに )
9. アレルギーはありますか。  
いいえ ・ はい ( )
10. 結婚していますか。  
未婚 ・ 既婚
11. 妊娠していますか。  
していない ・ 可能性がある ・ している ( 妊娠 週目 )
12. 今後の妊娠希望 ( あり ・ なし )
13. 妊娠 ( 回 ) 出産 ( 回 ) 初産年齢 ( 歳 )  
授乳歴 ( 合計 月 ) ( 母乳 ・ 人工 ・ 混合 )  
月経周期 ( 日周期 、 順調 ・ 不整 )  
一番最近の月経 ( 月 日 ~ 月 日 )  
初潮 ( 歳 ) 閉経 ( 歳 )
14. 職業  
会社員 ・ 自営業 ・ 公務員 ・ 主婦 ・ 学生 ・ パート ・ 無職  
その他 ( )
15. 当院を受診したきっかけを教えてください。  
紹介 ・ ホームページ ・ 看板 ・ その他 ( )

ご協力ありがとうございました