

乳腺外科問診票

ID _____

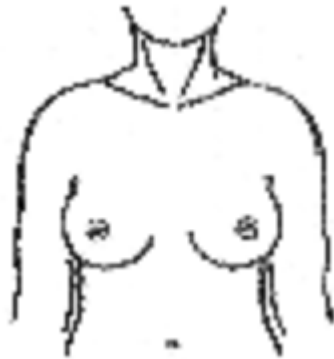
お名前: _____ (才) 記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

☆以前に乳腺外科を受診したことがありますか？ (はい、 いいえ)
(_____) 年頃

☆今回の受診の目的を選び、番号に○をつけてください (複数可)

1. 健診 (検診) で異常を指摘された。(症状無し)
2. 他院からの紹介
3. しこりがある (いつから? _____)
4. 乳頭分泌がある (いつから? _____)
5. その他 (_____)

☆乳房のどの部分に症状があるのか○印をつけてください。



☆今までに病気にかかったことはありますか？○をつけてください。

心臓病、 高血圧、 肝臓病、 腎臓病、 糖尿病、 喘息、 脳卒中、
他の癌、 その他 (_____)

☆常用している薬はありますか？ (はい、 いいえ)

はい、の方はどのような薬ですか？ (_____)

☆喫煙歴はありますか？ (あり、 過去にあり、 なし)

☆アレルギーはありますか？ (はい、 いいえ)

はい、の方はどのようなアレルギーですか？

薬 (_____)、食べ物 (_____)

造影剤、 花粉症、 その他 (_____)

☆血のつながった方に乳癌になった方がいますか？（はい、 いいえ）

はい、の方はどなたが、ですか？

（母、 姉、 妹、 祖母、 おば、 娘、 その他（_____））

☆妊娠歴についてお答えください。

妊娠回数（_____）回、 出産回数（_____）回

☆月経についてお答えください。

初潮（_____）歳 閉経（_____）歳

最近の月経_____月_____日～_____月_____日

☆現在妊娠していますか？または妊娠の可能性はありますか？

（はい、 いいえ） 妊娠している方は（_____）ヶ月

☆現在授乳していますか？

（はい、 いいえ）

☆ホルモン治療を受けたことがありますか？（はい、 いいえ）

満（_____）歳の時、薬剤名（_____）

治療の理由（_____）

☆もし乳癌であった場合、告知を希望しますか？（はい、 いいえ）

ご協力ありがとうございました