

# 乳腺外科 問診票

お名前 ( )歳

20 年 月 日

住所に変更のある方は、記入してください。

〒

## 1. 本日の来院理由をお尋ねします

該当する項目の番号に○印をつけて質問にお答えください

### ① 気になる症状がある

いつからですか ( )

どちらの乳房ですか ( 右 ・ 左 ・ 両方 )

どのような症状ですか ( )

### ② 乳癌検診を希望している

### ③ その他の理由で来院 (理由 )

## 2. 月経についてお尋ねします

周期は ( ) 日型 ( 順調 ・ 不順 ) 現在妊娠中ですか ( はい ・ いいえ )

最終月経は 月 日から 日間 閉経 ( ) 歳

## 3. 出産経験はありますか ( ない ・ ある )

出産歴についてお尋ねします

( ) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 ( 母乳 ・ 混合 ・ ミルク )

( ) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 ( 母乳 ・ 混合 ・ ミルク )

( ) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 ( 母乳 ・ 混合 ・ ミルク )

## 4. 授乳中に乳房のトラブルがありましたか ( ない ・ ある )

ある ( 右 ・ 左 ) 乳腺炎 ・ その他

## 5. 乳腺疾患の既往がありますか

( ない ・ ある ) ( 乳腺症 ・ 乳腺線維腺腫 )

## 6. 豊胸手術を受けたことがありますか

ない ・ ある ( )

## 7. 今までに乳癌検診を受けたことがありますか ( ない ・ ある )

あるに○印をつけた方 最後に受けたのはいつですか ( 年 月 )

検診内容 ( 触診 ・ マンモグラフィー ・ エコー )

## 8. 癌など悪性疾患と診断された場合でも、本人に告知をしています

告知を希望しない方は、代わりに説明を受ける方を記入してください

[お名前 (続柄 ) 連絡先 ]

## 9. ご家族で乳癌と診断された方はいますか ( はい ・ いいえ )

はいに○印をつけた方  母親  祖母  叔母  姉妹

## 10. 今まで大きな病気をしたことがありますか ( はい ・ いいえ )

はいに○印をつけた方 いつ頃 : 病名 :

## 11. 現在治療中の病気がありますか ( ない ・ ある )

あるに○印をつけた方 病名 :

お薬を飲んでいる方 薬名 :

## 12. あなたは喫煙していますか ( いいえ ・ はい … 一日 本 )

## 13. あなたと同居しているご家族で喫煙される方はいますか ( いいえ ・ はい … 一日 本 )

## 14. 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください