

# 乳腺外科 問診票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T・S・H	年	月 日 ( 歳)
現住所	〒		
電話番号	自宅もしくは携帯		
職業		身長	cm 体重 kg

## 1. どのような症状ですか？

- しこりに気付いた ・ 乳房に痛みがあった ・ 乳房に張る感じがした ・ 乳頭から分泌物が出た  
乳頭にタダレがある ・ 乳がん検診の再調査  
その他 (具体的に \_\_\_\_\_ )

## 2. 血縁の方に乳がん、卵巣がんの方がいますか？ その他のがん ( \_\_\_\_\_ )

- いいえ ・ はい 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

## 3. 今までに乳房の病気にかかったことはありますか？

- いいえ ・ はい 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 時期 ( \_\_\_\_\_ 頃)

## 4. 乳がん検診を受けたことがありますか？

- いいえ ・ はい 内容 ( \_\_\_\_\_ ) 時期 ( \_\_\_\_\_ 頃)

## 5. 現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

- いいえ ・ はい 妊娠 ( \_\_\_\_\_ か月)

## 6. 出産の経験はございますか？

- いいえ ・ はい ( \_\_\_\_\_ 人)

## 7. 最終月経日はいつですか？

最後の月経 ( 昭和 ・ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 )

## 8. 現在服用中の薬がありますか？

- いいえ ・ はい お薬手帳をお出してください

## 9. 食物や薬のアレルギーがありますか？

- いいえ ・ はい アレルギー名 ( \_\_\_\_\_ )

## 10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 通りがかり ・ 看板・通院したことがある  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました。