

乳腺外科 問診票

受診日

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	携帯/ 自宅/		
職業		身長	cm 体重 kg

1. どのような症状ですか？

- ☐しりり (右・左) ☐痛み (右・左) ☐張り (右・左) ☐タダレ (右・左)
☐分泌物 (右・左) ☐乳がん検診の再調査 ☐他院からの紹介 (病院名 _____)
☐その他 (具体的に _____)

2. その症状は、いつからですか？

(_____)

3. 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 (_____)

4. 遺伝について相談したい事がありますか？ ☐はい ☐いいえ

5. 今までに乳房の病気にかったことや手術をしたことはありますか？

- ☐いいえ ☐はい 病名 (_____) 手術 (_____) 時期 (_____ 頃)

6. 今までに豊胸手術や脂肪注入などをしたことはありますか？

- ☐いいえ ☐はい 手術 (_____) 時期 (_____ 頃)

6. 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)

7. 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)

8. 出産の経験はございますか？

- ☐いいえ ☐はい (_____ 人)

9. 現在、授乳中ですか？

- ☐いいえ していた最後の時期 (_____ 頃) ☐はい

10. 最終月経日はいつですか？

最後の月経 (_____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)

11. 乳腺以外の病気にかったことや手術をしたことはありますか？ (現在、治療中も含む)

- ☐いいえ ☐はい 病名 (_____) 手術 (_____) 時期 (_____ 頃)

11. 現在服用中の薬やサプリメントはありますか？

- ☐いいえ ☐はい お薬手帳をお出してください

12. 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 (_____)