

問 診 票 (乳 腺)

平成 年 月 日

ID:

フリガナ			
氏名		年齢	歳
現住所	〒	生年月日	T・S・H 年 月 日
電話		携帯	

1. 本日来院された目的をお伺いいたします。気になることをいくつでも選んでください

- | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 症状があり検査を希望 | <input type="checkbox"/> ドックや検診で精密検査を勧められたため |
| <input type="checkbox"/> 症状はないが乳がんが心配 | <input type="checkbox"/> 術後定期検診のため |
| <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) | <input type="checkbox"/> ホルモン剤やピルを服用中のため |

2. 現在、症状がある方のみ伺います。いつからどのような症状ですか？

- いつから(_____)
- | | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> しこりがある (右・左) | <input type="checkbox"/> 痛みがある (右・左) |
| <input type="checkbox"/> 乳房が変形している (右・左) | <input type="checkbox"/> 乳頭にへこみがある (右・左) |
| <input type="checkbox"/> 乳輪乳頭のかゆみ (右・左) | |
| <input type="checkbox"/> 乳頭より分泌物が出る (右・左: 透明・乳白色・茶色・血液様) | |
| <input type="checkbox"/> その他 (具体的に: _____) | |

3. 過去に乳がん検診を受けた事がありますか

- ない ある いつ頃: _____ 検査内容: マンモグラフィ・超音波・触診
- ⇒ 検査結果: 異常なし・乳腺症・石灰化・線維腺腫・のう胞・その他

4. これまでの病気についてお尋ねします

- 今までにかかった大きな病気はありますか? (_____)
- いいえ ・ はい
- 現在、治療中の病気はありますか? (_____)
- いいえ ・ はい
- 現在、服用中のお薬はありますか? ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください (_____)
- いいえ ・ はい

5. 血縁者の方で乳がんの方はいらっしゃいますか いいえ ・ はい (続柄: _____)

6. 血縁者の方で乳がん以外のがんの方はいらっしゃいますか (_____)

いいえ ・ はい (卵巣がん ・ 膵臓がん ・ 前立腺がん ・ その他: _____)

8. 月経についてお伺いします

- 初潮 (_____ 歳)
- 現在生理はありますか? 順調 ・ 不順 ・ 閉経 (_____ 歳)

10. アレルギーはありますか?

- いいえ ・ はい (何で: _____ 症状: _____)

11. 喫煙歴について

- 吸わない
- 吸う ・ 以前に吸っていた (_____ 本/日 _____ 年)

妊娠歴についてお伺いします

- 現在妊娠中ですか? いいえ ・ 可能性あり ・ はい (_____ 週)
- 授乳中ですか? いいえ ・ はい
- お子様は何人ですか? _____ 人

- 豊胸手術はされていますか いいえ ・ はい (手術内容: _____)
- ペースメーカーはありますか いいえ ・ はい

当院を知ったきっかけを教えてください

(知人、家族から ・ インターネット ・ 看板 ・ 近所 ・ 他院からの紹介 ・ その他: _____)