

問 診 票 (乳 腺)

令和 年 月 日

ID: _____

フリガナ			年齢	
氏名				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か選んでください

- 症状があり検査を希望
 症状はないが乳がんが心配
 その他 (具体的に: _____)
- ドックや検診で精密検査を勧められたため
 術後定期検診のため
 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(_____)
- しこりがある (右・左) 痛みがある (右・左)
 乳房が変形している (右・左) 乳頭にへこみがある (右・左)
 乳輪乳頭のかゆみ (右・左)
 乳頭より分泌物が出る (右・左: 透明・乳白色・茶色・血液様)
 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: _____)