

# 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も選んでください**

- 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: マメグラフィ・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: \_\_\_\_\_ )