

問 診 票 （乳 腺）

ID :

20 年 月 日

フリガナ		男 女	年齢	
氏 名	様			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。

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

2. 現在、症状がある方にお伺いします。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"/> 乳房が変形している（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： _____ ） | <input type="checkbox"/> 痛みがある（右・左）
<input type="checkbox"/> 乳頭にへこみがある（右・左） |
|---|--|

3. 風邪症状（発熱、咽頭痛等）はありますか？

また、周囲に感染している方や感染の疑いがある方はいますか？
 注）場合により、検査が受けられない可能性があります。ご理解・ご協力をお願い致します。
 はい _____ いいえ _____

4. 過去に乳がん検診を受けた事がありますか

- 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
 ない

5. 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？
 はい（ _____ ） ・ いいえ _____
 現在、治療中の病気はありますか？
 はい（ _____ ） ・ いいえ _____
 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下さい
 はい（ _____ ） ・ いいえ _____

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

7. 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？
 はい（ 卵巣がん ・ 膵臓がん ・ 前立腺がん ・ その他 _____ ） ・ いいえ _____

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）

9. アレルギーはありますか？

はい（原因： _____ 症状： _____ ） ・ いいえ _____

10. 喫煙歴について

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

11. 妊娠歴についてお伺いします

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

12. 豊胸手術はされていますか？ はい（手術内容： _____ ） ・ いいえ _____

13. ペースメーカーはありますか？ はい _____ ・ いいえ _____

14. 血糖測定器（リブレ）装着の有無： あり（装着した日 _____ ） ・ なし _____