

## 乳腺問診票

記入日： 年 月 日

ID: \_\_\_\_\_

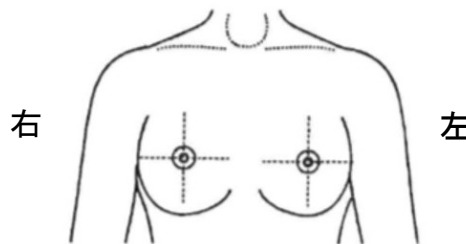
氏名 \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 歳

## ① 本日はどのようなことでご来院されましたか？

- ( ) 乳がんドック ( **症状はない** が気になるので検査を受けたい )  
 ( ) 検診・ドックで異常を指摘された  
 ( ) 他院からの紹介  
 ( ) 自覚症状がある

→ 症状をお持ちの場合は、具体的にお教えてください

- ・乳房の痛み            ない ・ ある ( 右 ・ 左 ) ( ふだん ・ 生理前 )  
 ・乳房のしこり        ない ・ ある ( 右 ・ 左 ) ( いつから )  
 ・乳頭からの分泌物   ない ・ ある ( 右 ・ 左 ) ( いつから )



## ② 以前に乳がん検査を受けたことはありますか？

- ない ・ ある ( 最後に受けたのは 年 月頃 )  
 検査内容 ( 視触診 ・ マンモグラフィ ・ 超音波 ・ MRI ・ 針生検 )

## ③ 今までにかかった病気や受けた治療はありますか？

- 乳腺の病気 : 乳腺症 ・ 線維腺腫 ・ 乳腺炎 ・ 乳がん ・ その他 ( )  
 婦人科の病気: 子宮筋腫 ・ 子宮がん ・ 卵巣がん ・ その他 ( )  
 豊胸手術 : インプラント (シリコン ・ 生理食塩水) ・ その他 ( )  
 手術歴 : ペースメーカー ・ 脳室-腹腔シャント ・ その他 ( )  
 ホルモン治療: ホルモン補充療法 ・ ピル内服 ・ 不妊治療 ・ その他 ( )  
 その他 : 気管支喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ その他 ( )

※現在も治療中でお薬手帳をお持ちの方は、診察時に拝見させていただきます

## ④ 血縁者に乳がん・卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

- いない ・ いる ( 祖母 ・ 母 ・ おば ・ 姉 ・ 妹 ・ いとこ ・ その他 )

## ⑤ 月経・閉経について

- 最近の月経はいつでしたか ( 年 月 日 ~ )  
 閉経 ( 歳 )

## ⑥ 妊娠・出産・授乳について

- 妊娠回数 ( 回 ) そのうち出産 ( 回 )  
 現在妊娠の可能性はありますか いいえ ・ はい ⇒ 現在妊娠 週  
 現在授乳中ですか いいえ ・ はい  
 断乳されたのはいつですか ( 年 月頃 )

## ⑦ 薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

- ない ・ ある ( )

## ⑧ 当クリニックを知ったきっかけは？

- 他院から紹介 ・ 知人から紹介 ・ インターネット ・ 広告 ・ ご近所 ・ その他 ( )

※紹介状・検査結果・画像データ等、本日お持ちいただいているものがございましたら、受付にお出しください。