

# 《 乳腺外科問診票 》

お名前 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 1. 本日の来院理由をお尋ねします

該当する項目の番号に○印をつけて質問にお答えください

### ① 気になる症状がある

いつからですか ( \_\_\_\_\_ )

どちらの乳房ですか ( 右 ・ 左 ・ 両方 )

どのような症状ですか ( \_\_\_\_\_ )

### ② 乳癌検診を希望している

③ その他の理由で来院 ( 理由 \_\_\_\_\_ )

## 2. 月経についてお尋ねします

周期は ( \_\_\_\_\_ ) 日型 ( 順調 ・ 不順 ) 現在妊娠中ですか ( はい ・ いいえ )

最終月経は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間 閉経 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

## 3. 出産経験はありますか ( ない ・ ある )

出産歴についてお尋ねします

( \_\_\_\_\_ ) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 ( 母乳 ・ 混合 ・ ミルク )

( \_\_\_\_\_ ) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 ( 母乳 ・ 混合 ・ ミルク )

( \_\_\_\_\_ ) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 ( 母乳 ・ 混合 ・ ミルク )

## 4. 授乳中に乳房のトラブルがありましたか ない

ある ( 右 ・ 左 ) 乳腺炎 ・ その他

## 5. 乳腺疾患の既往がありますか ( ない ・ ある ) ( 乳腺症 ・ 乳腺線維腺腫 )

## 6. 今までに乳癌検診を受けたことがありますか ( ない ・ ある )

あるに○印をつけた方 最後に受けたのはいつですか ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月)

検診内容 ( 触診 ・ マンモグラフィー ・ エコー )

## 7. 癌など悪性疾患と診断された場合でも、本人に告知をしています

告知を希望しない方は、代わりに説明を受ける方を記入してください

[ お名前 \_\_\_\_\_ ( 続柄 \_\_\_\_\_ ) 連絡先 \_\_\_\_\_ ]

## 8. ご家族で乳癌と診断された方はいますか ( はい ・ いいえ )

はいに○印をつけた方  母親  祖母  叔母  姉妹

## 9. 今まで大きな病気をしたことがありますか ( はい ・ いいえ )

はいに○印をつけた方 いつ頃 : \_\_\_\_\_ 病名 : \_\_\_\_\_

## 10. 現在治療中の病気がありますか ( ない ・ ある )

あるに○印をつけた方 病名 : \_\_\_\_\_

お薬を飲んでいる方 薬名 : \_\_\_\_\_

特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください