

乳腺疾患 問診表

ID :

平成 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名	様	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
住所	〒 -	自宅電話		
		携帯電話		
職業		勤務先		

* 他院からの手紙、資料をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

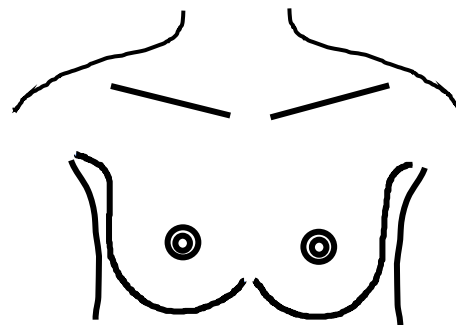
* 下記の質問についてお答えください。

1. 今日はどのようなことで来院されましたか？（当てはまる項目に○をつけてください）

- ・ 症状がある：乳房のしこり・痛み・乳頭分泌・湿疹・腫れ（当てはまる項目に○をつけてください）
- ・ 乳がん検診で異常指摘された
- ・ その他 _____

症状のある部位を下記の図に印をつけてください

乳房のしこりの場合、気づいてからの大きさは
（大きくなった・変わらない・小さくなった）



2. いつごろからですか？（当てはまる項目に○をつけてください）

昨日、2-3日前、1週間前、1か月前、3か月前、半年前、1年前、2-3年前、いつからかは不明
その他 _____

3. 今まで乳がん検診を受けたことがあればご記入ください

（当てはまる項目に○をつけてください）

- ・ いつごろ受けましたか（ 年 月頃）
（ 病院・検診センター ）
- ・ 受けた内容（視触診・マンモグラフィ・エコー）
- ・ 結果について
（異常なし・異常あり→ ）

4. これまでの病気についてお聞きします

乳房の異常 ・ない ・ある（ 歳の時：病名 ）
 婦人科の病気 ・ない ・ある（ 歳の時：病名 ）
 他の病気 ・ない ・ある（ 歳の時：病名 ）

裏面も記入してください

5. 現在内服中のお薬はありますか はい ・ いいえ

内服している薬剤名を記載してください

(_____)

* 血液をさらさらにする薬（抗凝固剤・抗血小板剤）は内服していますか はい ・ いいえ

* お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

6. 身内の方で乳がんになった方はいますか

無 ・ 有 続柄（ 祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ）

7. お薬・食べ物・アルコールでアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は内容を記載してください _____

8. 以下についてお答えください

①妊娠の可能性はありますか （ 無・有 ）、妊娠中（ ）週

②初潮（ ）歳頃・閉経（ ）歳頃 一番最近の月経 _____ 月 _____ 日

③今後の妊娠の希望（ 無・有 ）④月経不順（ 無・有 ）

⑤妊娠・出産経験はありますか？ 妊娠（ ）回 出産（ ）回

9. 豊胸手術をしていますか はい ・ いいえ

「はい」の方は□にチェックをつけてください

バック（ 生食 ・ シリコン ） ヒアルロン酸 脂肪注入 その他

10. からだの中に埋め込まれているものはありますか はい ・ いいえ

「はい」の方は□にチェックをつけてください

皮下埋め込み型ポート 心臓ペースメーカー 心臓・血管拡張ステント

胆管ステント インプラント その他（ _____ ）

11. どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

インターネット 看板をみて 雑誌・新聞

他院からの紹介で（医療機関名： _____ ）

家族・知人にすすめられ その他

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、呼びいたしますので、お待ちください。

大通り乳腺・甲状腺クリニック