

乳腺疾患 問診表

ID :

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日		年齢
氏名		男 女	大正・昭和・平成・令和 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 なし

ある：乳房のしこり・痛み・乳頭分泌・湿疹・腫れ・つっぱり感・その他（ ）

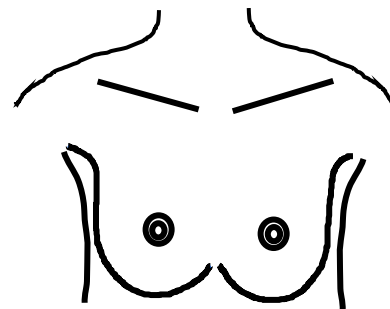
↳乳房のしこりの場合、気づいてからの大きさは

（大きくなった・変わらない・小さくなった）

・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。



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、不明

その他

3. 今まで乳がん検診を受けたことはありますか。（ はい ・ いいえ ）

・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）

・結果はどうでしたか（異常なし・経過観察・精密検査・不明）

4. 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

⑥授乳中ですか（はい・いいえ） お子様は何歳か（ 歳 か月）

5. 豊胸手術をしていますか はい ・ いいえ

「はい」の方・・・当てはまる項目に○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

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 ）

裏面も記入してください

・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
 心臓疾患・高血圧・糖尿病・喘息・精神疾患 その他 (歳の時：病名)

医療法人社団北和会 大通り乳腺・甲状腺クリニック