

乳腺外科問診票

お名前 _____ 様

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

I D _____

◎ 下記の該当する項目の□欄にチェック☑を入れて下さい。

1. その症状はいつ頃からでしょうか？

_____日前頃 ・ _____ヶ月前頃 ・ _____年前頃

・ 右側 痛み しこり 乳頭変形 異常分泌

・ 左側 痛み しこり 乳頭変形 異常分泌

その他、気になる事がありましたらご記入ください。

(_____)

2. 乳房検査歴についてお聞かせください。

なし あり (乳腺エコー・マンモグラフィー) ・ いつごろ _____ 年 _____ 月頃

3. 月経についてお聞かせください。

最終月経 _____月 _____日から _____日間 (周期 _____日 / 不整)

初潮 _____歳 ・ 閉経 _____歳

4. 妊娠・分娩歴をお聞かせいたします。

妊娠回数 _____回 ・ 分娩回数 _____回 (初産 _____歳 ・ 最終 _____歳)

自然流産 _____回、人工流産 _____回、早産 _____回

5. 妊娠の可能性についてお聞かせください。

なし あり

6. 授乳歴についてお聞かせください。

なし あり ・ 現在の授乳 なし あり

7. 既往歴についてお聞かせください。

・ 乳腺の病気 なし あり ・ 乳腺の手術 なし あり

・ ホルモン治療 なし あり ・ 放射線治療 なし あり

・ 豊胸手術 なし あり ・ ペースメーカー なし あり

8. ご家族でがんになられた方はいらっしゃいますか？

・ 乳がん いない いる (祖母・母・娘・姉・妹・姪・その他)

・ 他のがん いない あり (_____)

9. 現在治療中の病気はありますか？

ない ある (病名: _____)

10. 現在飲んでいるお薬はありますか？

ない ある

ホルモン剤の使用はありますか？

ない ある

(薬品名 _____) (注射 _____年間 ・ 経口避妊薬 _____年間)

11. 入院や手術をしたことはありますか？

ない 乳腺外科である (病名: _____)

ない 他科である (病名: _____)

12. 今までに食べ物や薬などでアレルギーを起こしたことはありますか？

ない ある (食品: _____ 薬: _____)