

乳腺問診票



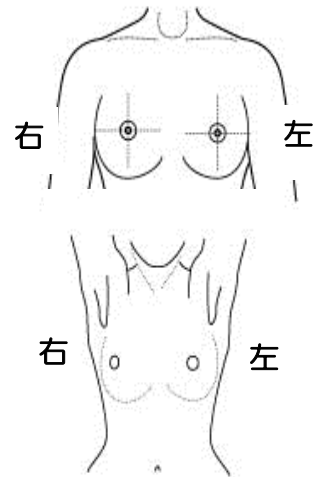
年 月 日

ID: _____

氏名 _____ 様 (歳) (未婚 ・ 既婚)

右の図の症状のある部位に○を付けてください。

- ① 自覚症状についてお聞きします。
- 乳房にしこりを触れますか？ ない ある (右 ・ 左)
- 乳房に痛みがありますか？ ない ある (右 ・ 左)
- 乳頭からの分泌物がありますか？ ない ある (右 ・ 左)
- 乳頭の変形がありますか？ ない ある (右 ・ 左)
- その他 (



- ② 上記の症状はいつ頃からですか？ 年 月 日 から
- または ヶ月前から 年前から

- ③ 今までにマンモグラフィや乳腺エコーを行ったことがありますか？
- マンモグラフィ ない ある 実施施設【 】 年 月頃
- 乳腺エコー ない ある 実施施設【 】 年 月頃

- ④ 今までに乳房の病気や手術を受けたことがありますか？
- ない ・ ある 歳の時【乳がん ・ 良性のしこり ・ 乳腺症 ・ その他()】
- 体内に異物はありますか？ ない ・ ある【豊胸術() ・ ペースメーカー ・ 脳室-腹腔シャント術】

- ⑤ 今までにホルモン療法をしたことがありますか？
- ない ・ ある 【ホルモン補充療法 ・ ピル内服 ・ 不妊治療 ・ その他： 】

- ⑥ 血縁者に乳がんの方はいらっしゃいますか？ ない ・ ある 【祖母 ・ 母 ・ おば ・ 姉 ・ 妹 ・ いとこ】

- ⑦ 最終月経はいつですか？ 年 月 日から 日間 または閉経 歳
- 生理周期 不順 ・ 順調 (周期 日型で 日間ぐらいつづく)
- 初潮年齢 歳
- 現在、妊娠中の可能性はありますか？ ない ・ ある

- ⑧ 全妊娠 (回) 【分娩 (回) 人工中絶 (回) 流産 (回)】
- 最後に出産されたのはいつですか？ (年 月頃)
- 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)

- ⑨ 現在、治療中の病気はありますか？ また、何か薬はもらってますか？

※ 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

ない ・ ある【 高血圧 ・ 糖尿病 ・ がん () 】

その他の病名【 】

内服薬【 】

- ⑩ 過去に治療を受けた疾患・手術はありますか？
- ない ・ ある【 歳 病名： , 治療：手術 ・ 薬 ・ その他 () 】
- ない ・ ある【 歳 病名： , 治療：手術 ・ 薬 ・ その他 () 】
- ない ・ ある【 歳 病名： , 治療：手術 ・ 薬 ・ その他 () 】

- ⑪ 薬・食べ物でアレルギー症状起こしたことはありますか？ 【 ない ・ ある () 】

- ⑫ 喘息と診断されたことはありますか？ 【 ない ・ ある 】