

乳腺問診票

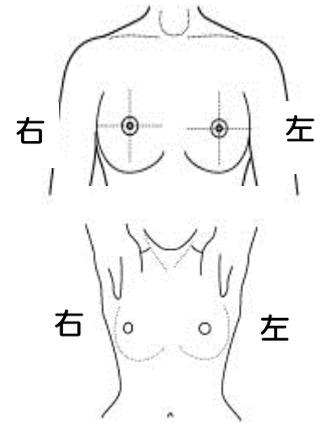
年 月 日

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) 色 ()
- 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 ()】
歳の時 【豊胸術 (シリコンバック ・ 脂肪注入 ・ ヒアルロン酸注入 ・ 自家移植 ・ その他 ()】
- ⑤ 体内挿入物がありますか? ない ・ ある
【ペースメーカー ・ 脳室-腹腔シャント術 ・ 歯科治療 ・ 体内金属類 () ・ その他 ()】
- ⑥ 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 : 】
- ⑦ 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】
- ⑧ 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 】
- ⑨ 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)
- ⑩ 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 () ・ てんかん ・ 精神疾患 】
その他の病名 【 】
内服薬 【 】
- ⑪ 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 () 】
- ⑫ 薬・食べ物・金属等でアレルギー症状を起こしたことはありますか? 【 ない ・ ある () : 】
- ⑬ 喘息と診断されたことはありますか? (※小児喘息・せき喘息含む)
ない ・ ある 【最終発作 年 月 日】
- ⑭ 感染症の診断を受けたことはありますか? (※B型肝炎・C型肝炎等)
ない ・ 不明 ・ ある 【 】