

# 乳腺問診票

患者ID: \_\_\_\_\_

年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_

性別 女性 ・ 男性

〒

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

ペースメーカーは入っていますか? はい・いいえ

※症状の場所に印を付けて下さい

1. どのような症状がありますか?

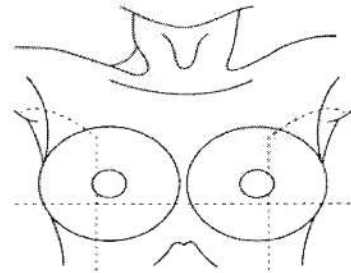
痛み・しこり・分泌物・その他( )

2. いつからですか?

\_\_\_\_\_

3. 現在、飲んでいるお薬はありますか? はい・いいえ

▼はいと答えた方は、その薬の名前(種類)を教えてください



4. 薬(注射、飲み薬、塗り薬など)で発疹が出たり、気分が悪くなったりしたことがありますか?

はい・いいえ

▼はいと答えた方は、その薬を教えてください

ピリン(風邪薬) ペニシリン その他( )

5. 次の病気にかかった事がありますか?

喘息 結核 高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 腎臓病 狭心症  
不整脈 緑内障 高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 前立腺肥大 血液病  
神経病 アレルギー症 鼻炎 アトピー性皮膚炎 その他( )

6. 手術や大ケガをしたことがありますか? はい・いいえ

▼はいと答えた方は、病名・病院名を教えてください

7. 結婚は? 未婚・既婚・離別、死別

8. 妊娠していますか? はい・いいえ

9. 授乳中ですか? はい・いいえ

10. 初潮は何歳ですか? 才

11. 最終月経はいつですか? 月 日 ~ 月 日 (閉経 才)

12. 妊娠回数は何回ですか? 回

13. 出産回数は何回ですか? 回 自然流産 回

最終出産 年 月 断乳時期 年 月

14. 家族、親戚に乳がんにかかった方はいますか? はい(母、姉、妹、祖母、おば、娘)・いいえ

15. 今までに乳腺の検査を受けたことがありますか? はい・いいえ

16. 今までに乳腺疾患にかかったことがありますか? はい・いいえ

17. 今までに乳腺の手術(豊胸術を含む)を受けたことがありますか? はい・いいえ