

# 乳腺外科問診票

乳腺外科では円滑な診察のため、初診の方に以下の質問に回答して頂いております。可能な範囲で構いませんのでお答えください。

平成 年 月 日 受診

氏名 生年月日 年 月 日 歳

乳腺外来受診歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
本日の症状		
乳房のしこり	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 右 ・ 左
乳房の痛み	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 右 ・ 左
乳頭分泌	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 右 ・ 左
腋の下のしこり	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 右 ・ 左
その他	( )	
既往歴		
高血圧	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
喘息	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )
豊胸手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
その他	( )	
親族(血縁の方)		
乳がん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ 母、姉、妹、祖母、おば、娘、その他( )
卵巣がん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
その他のがん	( )	
婦人科歴	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚	
月経	初経 ( ) 歳	
	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 閉経 ( ) 歳	
	最終月経 ( 年 月 日)	
妊娠・出産	妊娠 ( ) 回 出産 ( ) 回	
	現在妊娠中 ( ) ヶ月	
授乳歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 現在授乳中
ホルモン治療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (時期/期間 )

ご協力ありがとうございました。

社会福祉法人 勝楽堂病院 乳腺外科外来