

# 乳腺外科外来問診票

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。

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 受診  
 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1) 今までに乳がん検診および乳腺外来の受診歴はありますか？

ない・ある → 診断された病名があればお書きください

( \_\_\_\_\_ )

2) 今日はどのような症状で来院されましたか？

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	( _____ )		

それはいつからですか？ ( \_\_\_\_\_ )

3) 現在、治療中の病気はありますか？

ない・ある → どのような病気ですか？ ( \_\_\_\_\_ )

服用中のお薬がありましたら記入してください

( \_\_\_\_\_ )

4) 過去に大きな病気をしたことがありますか

ない・ある → 病名とその時期 ( \_\_\_\_\_ )

5) 下記についてチェックをお願いします

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
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

6) 血のつながった方でがんにかかった方はいますか？

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	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( _____ )

7) 月経、妊娠・出産についてお答えください

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