

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 _____ 平成 _____ 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