

令和 年 月 日 受診  
氏名 生年月日 年 月 日 歳

身長 cm 体重 kg

- マイナ保険証を利用された場合、診療情報の取得に同意いただけますか？ ⇒ はい ・ いいえ  
●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ⇒ はい ・ いいえ

## 乳腺外科外来問診票

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	いつから ( )
乳房の痛み	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	右 ・ 左	いつから ( )
乳頭分泌	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	右 ・ 左	いつから ( )
腋の下のしこり	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	右 ・ 左	いつから ( )
その他	( )			

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