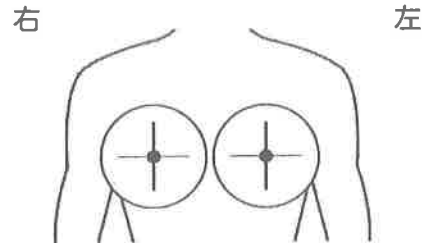


乳腺科問診票

記入年月日 年 月 日

| | | | | | |
|-----|---|----|----|----|----|
| 患者名 | 様 | 年齢 | 歳 | 職業 | |
| | | 身長 | cm | 体重 | kg |

1. どのような症状で来院されましたか。
 (該当するものに○をつけてください)
 【右乳房・左乳房・両方】
 しこりが触れる・乳房痛
 乳頭から分泌物がある(血・黄色・白色)
 乳頭のただれ・乳がん検診希望
 その他()



2. それはいつ頃からですか。

3. 今までに、乳房または婦人科の病気にかかったことがありますか。

【ある・ない】
 乳房の病気 【乳腺炎・乳腺症・その他()】
 婦人科の病気 【子宮筋腫・卵巣腫瘍・その他()】

4. 血のつながった家族に乳がんの方はいますか。

【いる・いない】 いると答えた方 【続柄: 】

5. ご家族の中で、腫瘍(良性・悪性を含む)があるとされた方はいますか。

【いる・いない】 いると答えた方 【続柄: 】

6. 月経についてお答えください。

初潮年齢【 歳】 月経周期【 日型・不規則】 閉経【 歳】
 最終月経はいつですか【 年 月 日~ 日間】

7. 月経周期に関連し、乳房の痛みやはりがありますか。

【ある・ない】

8. 今までに、ホルモン療法を受けたことがありますか。

【ある・ない】
 あると答えた方 【病名: 】 【種類: 】
 【使用期間: 歳から ヶ月間・現在使用中】

9. 結婚についてお答えください。

【未婚・結婚・離婚・再婚・別居・死別】 初婚年齢【 歳】

10. 妊娠についてお答えください。

【ある・ない・現在妊娠している又は可能性がある】
 あると答えた方 妊娠【 回】
 分娩【 回】 自然流産【 回】 人工流産【 回】

11. 今までに出産したことがありますか。

【ある・ない】
 あると答えた方 授乳方法【母乳・混合乳・人工乳】 乳汁分泌【良好・不良】
 左右差【ある・ない】 主な授乳側【右・左】◆現在授乳中ですか【はい・いいえ】

12. 今までに薬や注射、食品でアレルギー症状(じんましん、呼吸困難など)が出たことがありますか。

【ある・ない】
 あると答えた方 【 歳頃】 【薬品・食品名: 】

13. 現在治療中の病気、または服用中の薬はありますか。

【ある・ない】
 あると答えた方 【病名: 】
 【薬品名: 】

14. 今までどのような病気になりましたか。

【ある・ない】
 あると答えた方 【病名: 】 【その時の年齢 歳】

15. 今までに最も長く従事した職業はなんですか。(該当するものに○をつけてください)

教育/医療職・事務・販売/サービス業・農林漁鉱業・工場勤務/建築
 専業主婦・その他()

16. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか?

【ある・ない】
 あると答えた方 【渡航先: 】
 【渡航期間: 】