

乳腺科外来問診票(初診時)

年 月 日 記入

ふりがな	生年月日	性別
氏名	T・S・H 年 月 日 歳	女 男
住所 〒	電話番号(自宅又は携帯)	
	①	
	②	

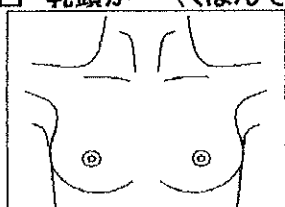
※ 緊急性がある場合、ご連絡させていただいてもよい電話番号を ① ②の順でご記入ください

● 受診理由

- 健診結果 (結果持参 あり なし) 定期検診 (術後 2年に1回)
 他院経過観察 (紹介状 あり なし) 症状があり検査希望

● 症状がある方にお伺いします

- しこり 右 左 脇 (年 月頃から)
 しこりの変化 (大きくなった 変わらない 硬くなり痛みが出てきた 今は触れない)
 痛み 右 左 脇 (年 月頃から 常時 時々 月経と共に治まった)
 乳頭からの分泌物 右 左 両側 (年 月頃から)
 分泌物の色 (血液様 乳汁様 透明 濃様)
 乳頭が (くぼんでいる 変形している 赤くただれている) (年 月頃から)



右 左

※ 症状のある所に印をつけてください

● 過去に乳癌検診を受けたことがある方にお伺いします

- 最終検診日 (年 月頃) 結果 異常なし 異常あり()
 内容 (視触診 マンモグラフィー 超音波検査)

● 過去に乳房の病気にかかったり、手術を受けたことがありますか

病名・手術名	時期	病院名
	年 月 歳	
	年 月 歳	

● 過去に婦人科の病気にかかったり、手術を受けたことがありますか

病名・手術名	時期	病院名
	年 月 歳	
	年 月 歳	

裏面もご記入ください

● その他の病気にかかったり、手術を受けたことがありますか

病名・手術名	時期	病院名
	年 月 歳	
	年 月 歳	

- 豊胸手術 なし あり (歳) (バック挿入 ヒアルロン酸 脂肪注入)
 ホルモン治療 なし あり (歳~ 年間)
 (更年期症状 月経困難症 内膜症 ピル その他)

● 現在内服中のお薬があれば記入してください

--

● アレルギーはありますか なし あり

薬品名 ()	症状 ()
食品名 ()	症状 ()
その他 ()	

● 月経について

- 初潮(初めての月経) (歳) 月経不順 なし あり
 一番最近の月経は (月 日 から 日間) 閉経 (歳)

● 結婚・出産について

- 未婚 既婚
 妊娠中もしくは妊娠の可能性 なし あり (週目)
 妊娠回数 (回) 出産 (回) 初産年齢 (歳)
 授乳していない 授乳中(ヶ月)
 授乳経験 なし あり (合計 ヶ月 母乳 人工 混合)
 今後の妊娠希望 なし あり
 不妊治療歴 なし あり 現在治療中

● 血縁者に乳癌の方はおられますか いない いる (祖母 実母 おば 姉妹 娘)

● 血縁者に乳癌以外の癌の方がおられたらご記入ください

(子宮体癌 卵巣癌 胃癌 すい臓癌 大腸癌 肝臓癌 その他)

● 嗜好品について

- たばこ 吸わない 吸う (本/日 年間)
 以前吸っていた (年前まで 本/日 年間)
 アルコール 飲まない 飲む (時々 週 回程度 毎日)

● ご職業について

- 会社員 自営業 公務員 主婦 学生 パート・アルバイト 無職

● 当院に来院されたきっかけを教えてください

- 他院からの紹介 家族からの紹介 友人からの紹介 ホームページ
 その他()

ご記入ありがとうございました