

# 乳腺問診票

日付 年 月 日

次にさせていただきます質問は、乳房の病気の診断に大変参考になりますよとお読みになり、落ちがないように○をつけてください

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 職業 \_\_\_\_\_

今日の受診理由は何ですか ○をつけてください

①症状がある ( しこり ・ 痛み ・ 違和感 ・ 分泌物 ・ その他 )

いつからですか ( 日前から ・ か月前から )

②検診の結果 ( 埼玉協同病院 ・ その他の機関 )

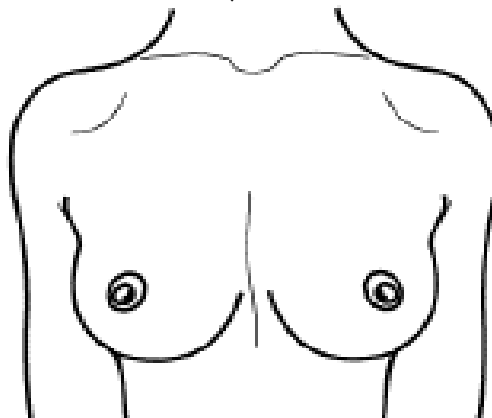
③紹介状 ( あり ・ なし ) 持参データ ( あり ・ なし )

④その他の理由 ( )

印をつけてください

右

左



質問事項	回答欄		
ペースメーカーを装着していますか	はい	いいえ	
豊胸手術をしていますか	はい	いいえ	
ご家族に乳がん・卵巣がんの方がいますか	はい	いいえ	
続柄(母 ・ 姉妹 ・ 娘) ・ 孫 ・ 母方(祖母・おば) ・ 父方(祖母・おば)			
今までに5年以上のホルモン治療を受けたことがありますか	はい	いいえ	
内容(更年期 ・ 生理不順(ピルなど) ・ 不妊治療 )			
今まで乳房の自己触診をしていましたか	はい	いいえ	
今まで乳がん検診を受けたことはありますか	はい	いいえ	
局所麻酔にアレルギーはありますか	はい	いいえ	
生理などについて	閉経前	妊娠中	授乳中
閉経後 閉経年齢 _____ 歳 手術のため生理がない _____ 歳			
現在、あるいは過去にかかった病気に○をつけてください			
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心臓病 ・ 気管支喘息 ・ 結核 ・ 甲状腺腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 脳血管障害 ・ 不整脈 ・ 貧血 ・ 胆石 ・ 尿管結石			
癌 ・ 膠原病 ・ 神経疾患 ・ 胃/十二指腸潰瘍 その他( )			
治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
結婚歴について	未婚	既婚	離婚
出産回数について	0回	1回	2回以上
初産年齢 _____ 歳			

ありがとうございました。ご記入後、外科受付へお渡してください。