

＜乳腺外科問診票＞

日付 年 月 日

この問診表は、治療を受けていただく時の参考にさせていただくものです。患者さんのプライバシーは厳守致しますので、正確に記入して受付窓口に提出して下さい。
なお、わからないところは空欄のままで結構です。

ふりがな		生年月日
氏名	男・女	M・T・S・H 年 月 日 (歳)
ふりがな		電話番号
住所	〒	自宅 () - 携帯 () -
勤務先名		勤務先電話番号 () -

1. 本日来院された目的をお伺いします。(気になることをいくつでも選んでください)

- 症状があり精密検査を希望 二次検診(他院の検診で精密検査を勧められたため)
 過去に症状があり定期検診のため 術後定期検診のため
 症状はないが乳がんが心配
 生活改善薬(ピル等)やホルモン剤を服用したい又は服用中なので
その他(具体的に: _____)

2. 現在、症状がある方へのみ伺います。どのような症状でいつからですか？

- しこりがある(右・左) 乳房が変形している(右・左)
 乳頭より分泌物が出る(右・左) 痛みがある(右・左)
 乳頭にへこみがある(右・左) 乳輪乳頭のかゆみ(右・左)
その他(具体的に: _____)
※ 症状はいつからですか(_____)

3. 過去に乳がん検診を受けたことがありますか。

- ない ある (いつ頃: _____)

4. これまでの病気についてお尋ねします。(ある方のみ①～④に記入してください)

- ① 乳 房 (歳) 病名 (_____)
② 婦人科 (歳) 病名 (_____)
③ その他 (歳) 病名 (_____)
④ 手 術 (歳) 病名 (_____)

裏面に続きます

5. 結婚歴についてお伺いします。

既婚 未婚

6. 妊娠歴についてお伺いします。

現在妊娠中ですか？ はい 可能性がある いいえ

授乳中ですか？ はい いいえ

今までに何回妊娠されましたか（ 回）

お子様は何人ですか（ 人）（初産 歳）（最終出産 歳）

母乳形式 良い 悪い 出なかった

7. 血縁者の方で乳がんもしくは卵巣がんにかかれた方がいらっしゃいますか。

いいえ はい 乳がん 続柄（母・姉・妹・娘・祖母・おば）
卵巣がん 続柄（母・姉・妹・娘・祖母・おば）

8. 月経についてお伺いします。

①初潮（ 歳）

②現在、生理がありますか

ある 順調 不順

月 日 ～ 月 日（一番最近の月経はいつですか？）

ない 閉経（ 歳）

9. 低用量ピル（トリキュラー・ヤーズ・マーベロンなど）やその他のホルモン剤の投与を受けたことがありますか。

ある（ 歳の時）（薬の名前： ）（目的： ）

ない

10. 豊胸術もしくは乳房再建術をされていますか。

ある 豊胸術 乳房再建術

いいえ

11. アレルギーはありますか。

食べ物 ない ある（具体的に ）

お薬 ない ある（薬剤名 ）

12. 現在、飲まれているお薬がありましたらお書きください。

お薬手帳の提示でもかまいません。

[]

13. 何か気になることがありましたらお書きください。

[]

14. この病院を知ったきっかけを教えてください。

近所なので インターネットを見て 知人・友人から聞いて 本・雑誌・電話帳を見て

他医からの紹介 その他（ ）

ご協力ありがとうございました。

医療法人社団広仁会 広瀬病院