

乳腺外科外来 問診票

ID	氏名	様	年齢	記載日
受診理由	<ul style="list-style-type: none"> 症状がある 健康診断 ・ 人間ドック ・ かかりつけ医師 から受診をすすめられた その他 () 			
自覚症状	<ul style="list-style-type: none"> しこりがありますか？ なし あり (年 月から 右・左・両方) 痛みがありますか？ なし あり (年 月から 右・左・両方) 分泌物がありますか？ なし あり (年 月から 右・左・両方) 形や皮膚に異常がありますか？ なし あり (年 月から 右・左・両方) その他 () 			
検診・受診歴	<ul style="list-style-type: none"> 乳癌検診を受けたことがありますか？ なし あり (年 月) 受けた検査 視触診・マンモグラフィー・エコー・針生検・細胞診 検査結果 異常なし・乳癌・線維腺腫・石灰化・乳腺症・のう胞 その他 () 豊胸術・異物注入の経験はありますか？ なし あり (年 月) 			
既往歴	<ul style="list-style-type: none"> 今までに次の病気を指摘されたことはありますか？ 喘息 ・ 高血圧 ・ 狭心症 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常 その他にかかったことのある病気・怪我はありますか？ 病名 年齢 治癒 治療中 病院名 病名 年齢 治癒 治療中 病院名 病名 年齢 治癒 治療中 病院名 			
内服	<ul style="list-style-type: none"> 現在内服・使用中の薬はありますか？ (お薬手帳の提示でも構いません) 薬品名 病院名 薬品名 病院名 薬品名 病院名 ホルモン剤を使用したことはありますか？ なし あり (目的 (薬品名) (投与期間)) 			
アレルギー	<ul style="list-style-type: none"> 麻酔のアレルギーはありますか？ いいえ はい (症状) 薬や食品 花粉などのアレルギーはありますか？ (原因となるもの) (症状) 			
家族歴	<ul style="list-style-type: none"> 血縁者で がん と診断された方はいますか？ 乳がん (続柄 祖母・母・姉妹・娘) 卵巣がん (続柄 祖母・母・姉妹・娘) その他のがん (がん) (続柄) 			
月経	<ul style="list-style-type: none"> 月経 不順 順調 (周期 日) (最終月経 月 日から 月 日) 閉経 (歳) 			
妊娠	<ul style="list-style-type: none"> 結婚歴 既婚 未婚 パートナーあり 妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい 妊娠中 (週) 妊娠回数 (回) ・ 出産回数 (回) 授乳歴 なし あり 授乳中 			