

乳腺外科外来 問診票

ID 氏名 様 年齢 記載日

受診理由	・ 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	・ 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	・ 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 ()									
既往歴	・ 今までに次の病気を指摘されたことはありますか？ なし あり - 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	・ 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） なし あり - 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	・ 麻酔のアレルギーはありますか？ なし あり（症状 ） ・ 薬や食品 花粉などのアレルギーはありますか？ なし あり （原因となるもの ）（症状 ）									
家族歴	・ 血縁者で がん と診断された方はいますか？ はい いいえ - 乳がん (続柄 祖母・母・姉妹・娘・その他) - 卵巣がん (続柄 祖母・母・姉妹・娘・その他) - 膵臓がん (続柄 祖母・母・姉妹・娘・その他) - その他のがん (がん) (続柄)									
月経	・ 月経 不順 順調（周期 日）（最終月経 月 日から 月 日） ・ 閉経 (歳)									
妊娠	・ 結婚について 既婚(他界含む) 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									