

問診票（乳腺外科）

記入日	西暦	年	月	日	カルテNo.	
ふりがな					性別	男性 ・ 女性
お名前	さま					
生年月日	年 月 日			生まれ	年齢	満 歳
体重	体重					k g
住所	〒 -					
電話番号	自宅 ()		-	携帯 ()		-

①今回はどのような症状で来院されましたか？ 症状のある個所を

- (右・左)の乳房にしこりがある
 気づいてからの大きさは(大きくなった・変わらない
 ・小さくなった・大小変動する)
- (右・左)の乳房に痛みを感じる(常に・時々)
- (右・左)のわきの下にしこりがある
- (右・左)のわきの下に痛みを感じる
- (右・左)の乳首(乳頭)から分泌物がある
- (右・左)の乳首が(くぼんでいる・変形している・湿疹のようなただれがある)
- 上記の症状は月経に伴って起こっている
- 上記の症状は(いつ: 頃)から起こっている
- 特に症状はないが、何となく乳癌が心配
- その他()



②今までに指摘された病気についてお聞かせください。 なし あり

- ありの方は該当項目にチェックをお願いします。
- ぜんそく 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病
- 高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 慢性関節リウマチ
- その他()

③今現在、服用中の薬はありますか？ なし あり→(薬品名:)

※お薬手帳があればご提出下さい。

④過去にお薬や歯科の麻酔、食べ物でアレルギー(ショック・じんましん・気分不良等)を起こしたことはありますか？ なし あり→()

⑤血縁者で下記の病気になったかたはいらっしゃいますか？

乳がんの人がいる 続柄(祖母・母・姉妹・娘)

子宮がんの人がいる 続柄(祖母・母・姉妹・娘)

卵巣がんの人がいる 続柄(祖母・母・姉妹・娘)

その他() 続柄(祖母・母・姉妹・娘)

⑥今までに乳がん検診を受けたことがあればご記入ください

受けた事がある → (年 月頃)

受けた内容 (視触診・マンモグラフィー・乳腺エコー)

結果について (異常なし・異常あり→)

⑦ 現在のお体の状態をお教えてください

飲酒(飲まない・飲む→1日())

喫煙(吸わない・吸う→1日 本 年間(以前喫煙されていた方は____年前から禁煙))

出産()回、自然流産()回、人工流産()回

一番最近の出産(年 月) 一番最初の出産()歳の時

出産後(母乳のみ・混合・母乳はあげていない)

授乳 現在授乳をしているか(いいえ・はい)

月経 初潮()歳頃・閉経()歳頃 一番最近の月経(年 月頃)

妊娠の可能性 なし あり

★最後に、当院を何でお知りになりましたか？ ※複数回答可

以前より知っていた 友人・知人の紹介 ホームページ 駅等の看板

DAITO TIME その他()

当院からのお知らせメールなどご希望されますか？

希望する・メールアドレス(@) 希望しない