

## 問診票（乳腺外科）

記入日 西暦 年 月 日 カルテNo. \_\_\_\_\_

ふりがな			
お名前	さま	性別	男性 ・ 女性
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	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？  
しこり 痛み 乳首（乳頭）分泌物  
特に症状はないが、何となく乳癌が心配 ※結果があればご提出下さい  
検診 健診やドックで指摘された→（当院で実施 ・ 他院で実施）  
その他
- ※上記の症状はいつ頃から起こっていますか？（左 ・ 右 : 頃から）
- 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  
 ※お薬手帳があればご提出下さい。 あり→（薬品名： ）
- 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 下記の手術・治療を受けたことがある方は該当項目にチェックをお願いします。  
乳がん手術歴 豊胸手術歴 ペースメーカー  
脳室・腹腔内シャント 前胸部CVポート 体内への金属埋め込み
- ⑧ 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
- ⑨ 告知は希望されますか？  
する しない → しない方は誰に告知を希望されますか（ ）
- ★当科・当院を知ったきっかけは何でしょうか？ ※複数回答可  
他科も含め通院中 家族・知人の紹介 ホームページやネット検索・SNSなど  
DAITO TIMEやチラシなど 他医療機関からの紹介（紹介元： ）  
その他（ ）