

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	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 ※結果があればご提出ください。
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

症状のある個所に
○印をつけてください



※上記の症状はいつ頃からおこっていますか？（ 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（ ）

★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