

乳腺外来問診票

受診日 年 月 日

受診者

フリガナ	男・女	生年月日	大正	年	月	日
氏名			昭和	年	月	日
			平成			

問診

乳房に関して当てはまる項目に○をお願い致します。

	1. 乳頭からの分泌 (なし・ある) (右・左) (赤・白・黄色・茶色・その他)
	2. 乳頭の変形 (なし・ある) (右・左)
	3. 乳房・脇に痛み (なし・ある) (右・左)
	4. 乳房に《しこり》 (なし・ある) (右・左)
	《しこり》に気づいたのは 年 月 日ごろ
	5. その他
月経	・閉経前 ・閉経後
結婚	・未婚(離別) ・結婚 出産回数 (回)
今までにかかった	・なし ・ある (あるの方は下記の当てはまる番号に○をお願いします。)
乳腺の病気	(1) 乳腺炎 2) 乳腺症 3) 線維腺腫 4) 乳がん・しこりの手術 5) ホルモン療法 6) その他 ())
血縁に乳癌	・なし ・あり (母・妹・姉・娘・おば)

1. 現在妊娠の可能性 (ある 週 日・ない)
2. 現在授乳して (いる・いない)
3. 現在ピルを服用して (いる・いない)
4. ペースメーカー (あり・なし)
5. シヤント、その他胸部への挿入物 (あり・なし)
6. 豊胸術 (あり: シリコン挿入・脂肪注入・ヒアルロン酸注入 ・なし)

1) 今までにかかった大きな病気・手術等がありますか? 具体的にお書き下さい。 ・いいえ ・はい (病名)
2) 通院中の病気はありますか? ・いいえ ・はい (病名)
3) 内服している薬はありますか? ・いいえ ・はい ※はいの方はおくすり手帳をご準備ください。

最近1ヶ月の間海外に行かれたり、行った方と接触しましたか? いいえ ・ はい		
はいの方に お伺いします	行先又は相手の行先 ()	渡航期間又は接触した日 日間 月 日