

乳腺外科外来 問診票

名前： (歳)
受診日： 年 月 日

① 本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

-乳癌検診から はい いいえ

-今まで乳癌検診は受けたことがありますか？ はい いいえ

-何かの所見でひっかかったことはありますか？ はい いいえ

-ひっかかったことがあれば、覚えている範囲で御記載ください。

例) 右の石灰化、一度組織検査をして良性であったことがある 等

-乳房に自覚症状がある はい いいえ

-あてはまるものすべて○をつけてください。

乳房内にしこりを自覚している 乳頭分泌物がある 乳房の痛みがある

乳房の皮膚変化がある わきにしこりがある

*詳細に経過を記載してください (いつ頃から、どのような症状があるのか)

② 連絡時の電話番号： 自宅 携帯 (本人 他) その他

上記不在時の電話番号： 自宅 携帯 (本人 他) その他

御家族に病院からの連絡をお伝えしてもよろしいでしょうか？ はい いいえ

③ 今までにかかった病気、受けた手術はありますか？ はい いいえ

はいの場合、どのようなものであったのかを教えてください。

高血圧 糖尿病 喘息 緑内障

他：自由記載

手術：年月日、種類もお願いします 例) 1990年 胃癌手術 (○×病院にて) 等

喫煙：無 有 (1日 本× 年間 /禁煙から 年)

飲酒：無 有 (1日 × 年間/終了から 年)

アレルギー：無 有 (薬、食物等あれば記載ください)

<月経状況>閉経前 閉経後 いずれかに○をお願いします。

閉経前…最終月経日 月 日 月経周期 日

閉経後…閉経年齢 歳 自然閉経 人工閉経（子宮・卵巣を手術で切除）

<妊娠・出産> 妊娠 回/出産 回

現在妊娠中： ヶ月

妊娠可能性あり はい いいえ

現在授乳中 はい いいえ

<婦人科疾患>無 有

*有の場合、種類・治療法まで可能であれば記載をお願いします。

例) 子宮筋腫-経過観察中、卵巣嚢腫-2004年腹腔鏡下卵巣嚢腫切除術（○×病院にて）

<ホルモン補充療法歴>無 有

*有の場合、種類・治療法まで可能であれば記載をお願いします。

例) 1996年～2000年 ピル

④ 常用薬はありますか？ はい いいえ

はいの場合、薬の種類と開始時期を可能であればお答えください。（複数回答可）

⑤ 家族歴：血縁関係の方（父方、母方ともに従姉妹まで）についてご記入ください

*癌関連の家族歴をお願いします。病気になった年齢・受けた治療も記入ください。

<乳癌>兄弟/子供：

母、母方の血縁：

父、父方の血縁：

<卵巣癌>兄弟/子供：

母、母方の血縁：

父、父方の血縁：

<その他の癌>兄弟/子供：

母、母方の血縁：

父、父方の血縁：