

ID : _____

乳腺問診票

フリガナ			
お名前			
ご住所	〒		
電話	()		
携帯電話	()		
生年月日	(昭和、平成)	年	月 日 () 歳
体重	kg	身長	cm

○ 今日はどのような症状で受診されましたか？

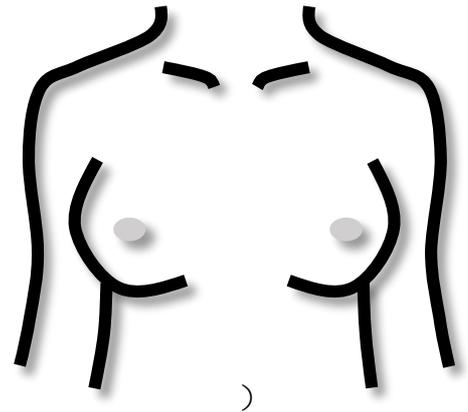
いつ頃 () から

- * しこり、張り、痛み、違和感、乳頭からの分泌物、
- * 乳がん術後の定期検査
- * 症状はないが心配なため
- * その他 ()

*症状のあるところに印を付けてください

*豊胸術を受けられたことがありますか？

*ない *ある (手術内容 :)



○ これまで乳腺の検査を受けられたことがありますか？

*ない *ある いつ頃 ()、検査内容・結果 ()

○ これまでに乳腺のご病気をされたことがありますか？

*ない *ある いつ頃 ()、病名・治療 ()

○ いずれかにあてはまりますか？ *なし (妊娠中、授乳中、閉経後)

○ ご家族の方で乳癌の方はいらっしゃいますか？

*いない *いる(母、祖母、おば、姉妹、その他)

○ これまでのご病気についてお聞かせください。

*なし *ある 高血圧、心臓病 ()、肝臓病、糖尿病、胃潰瘍、アトピー性皮膚炎、喘息、
その他 ()

○ 過去、手術をうけたことがありますか？

*ない *ある (いつごろ 手術内容)

○ 現在飲んでいるお薬がありましたらお書きください *なし *あり

()

○ お薬の副作用歴、アレルギーがありますか？ *なし *あり ()

○ その他 (ご希望、質問がありましたらお書きください)

ご協力ありがとうございました。