

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？

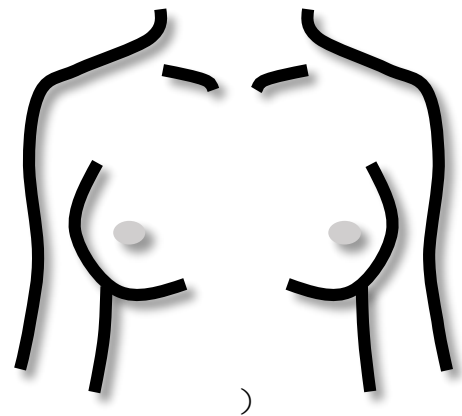
いつ頃 ( ) から

- \* 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。