

# 問診票

年 月 日記入

**\*この問診票は、治療を受けていただく際の大切な情報となります。  
わかる範囲で詳しくご記入いただけますようお願い致します。**

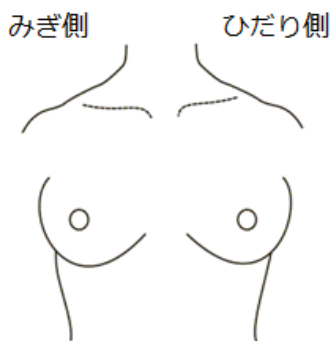
氏名	ふりがな	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
住所	〒	電話番号	自宅 ( )				
			携帯 ( )				

## 1. 本日来院された目的に✓ (チェック) してください。(複数可)

- 検診 (乳腺に異常がないかチェックしたい)
- 他院の検診で精密検査を勧められたため (紹介状 有・無)
- 過去に症状があり、定期検診
- 術後の定期検診
- 自覚症状がある
- 自覚症状はない

## 2. 自覚症状がある方におたずねします。

どこに、どんな症状がありますか？ (下の図にかきこんでください。)



その症状にはいつ頃気づきましたか？ ( ) 頃

下記のうちであてはまるものに✓ (チェック) してください。(複数可)

- ( 右・左 ) 乳房にしこりがある
- ( 右・左 ) 乳房に痛みがある
- ( 右・左 ) 乳房に変形がある
- ( 右・左 ) わきにしこりがある
- ( 右・左 ) 乳頭から分泌物がある
- ( 右・左 ) 乳頭のまわりに皮膚のただれがある
- その他 ( )

**3. 過去に乳がん検診を受けたことがある方におたずねします。（ない場合は4へお進みください）**

一番最近検査を受けたのはいつ頃ですか？（ ）

内容（ 視触診 ・ マンモグラフィー ・ エコー検査 ）

結果（ 異常なし ・ 異常あり ）

**4. 過去にかかった病気や手術についてご記入ください。**

乳腺の病気 （ 歳 ）（病名 ）

乳房の手術 （ 歳 ）（病名 ）

婦人科の病気 （ 歳 ）（病名 ）

ホルモン治療 更年期障害 ・ ピル ・ その他（ ）

豊胸手術 バッグ挿入 ・ その他（ ）

その他 （ 歳 ）（病名 ）

**5. 現在治療中の病気、飲んでいるお薬があればご記入ください。**

（ ）

**6. 血縁者に乳がん又は他のがんにかかった方はいらっしゃいますか？**

いない ・ いる → （続柄 ）（病名 ）

**7. タバコは吸いますか？**

いいえ ・ はい → （ 本／日 年間）

**8. お酒は飲みますか？**

いいえ ・ はい → （ 本／ 毎日 ・ たまに ）

**9. お薬・食べ物・花粉等アレルギーの病気はありますか？**

いいえ ・ はい → （ ）

**10. 妊娠していますか？**

していない ・ 可能性がある ・ している（妊娠 週目）

**11. 過去の妊娠について**

妊娠（ 回） 出産（ 回） 初産年齢（ 歳）

授乳歴（合計 か月）（ 母乳 ・ 混合 ・ 現在授乳中 ）

**12. 月経について**

初潮（ 歳） 閉経（ 歳）

**13. 当院を受診したきっかけを教えてください。**

紹介（ ） ・ HP ・ 看板 ・ その他（ ）

※検査結果や画像（CD-R）お持ちの方は、問診票と一緒に受付までご提出お願いいたします。

ご記入ありがとうございました。