

乳腺外来問診票 ID 番号 _____

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

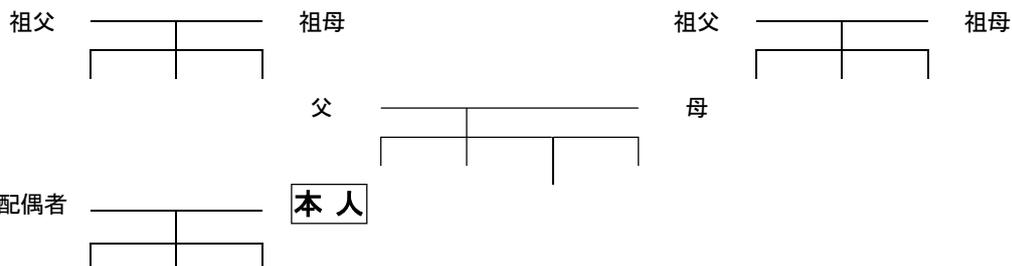
お名前 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下の質問に該当する項目を○で囲んでください。

- 本日は、どのような症状で来られましたか。
1. しこり 2. 痛み 3. 乳頭からの分泌物 (色: 血性(茶色)・白色(透明))
4. はる感じ 5. その他 _____
- それは、どちら側の乳房ですか。
1. 右 2. 左 3. 両側
- それは、いつからですか。

- それは、月経に関係ありますか。
1. 月経の始まる前にひどい 2. ない 3. わからない
- そのことについて、今まで他の医療機関で治療を受けたことがありますか。
1. 受けてない
2. 受けた ⇒ どのような治療ですか? _____
- 結婚について
1. 独身(未婚・離婚・死別) 2. 既婚(初婚・再婚) 結婚時年齢 _____ 歳
- 出産について
1. なし 2. あり _____ 回 年齢 _____ 歳
- 授乳について
1. 母乳(授乳期間: _____) 2. 混合乳 3. 人工乳
- 月経について
最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間 初潮 _____ 歳
月経 1. 整 _____ 日型 2. 不整 無月経期間 _____ 日 3. 閉経 _____ 歳
- 今までに乳腺の病気にかかったことがありますか。
1. なし 2. あり ⇒ _____ 歳 病名: _____
(右・左) 手術治療 1. なし 2. あり
- 今までに婦人科の病気にかかったことがありますか。
1. なし 2. あり ⇒ _____ 歳 病名: _____
手術治療 1. なし 2. あり
- 今までに上記以外の病気にかかったことがありますか。
1. なし 2. あり ⇒ _____ 歳 病名: _____
- 現在、服用されている薬がありますか。
1. なし 2. あり _____
- アレルギーはありますか? 1. なし 2. あり
原因物質・薬 _____ その反応 _____
- 血縁関係の方で、がんにかかった方がいらっしゃいましたら、下の図にご記入ください。



- 最近 2週間以内の海外渡航歴はありますか 1. なし 2. あり 渡航先: _____

ご記入ありがとうございました。