

乳腺問診用紙

記入日 年 月 日

氏名 才 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日

住所 〒

電話番号 携帯番号

☆どのような症状で来院されましたか？

- ・検診 定期診察
- ・乳房の痛み (右 ・ 左) ・乳房のしこり (右 ・ 左)
- ・乳首のトラブル (右 ・ 左) (ミルクや血などが出る、かぶれ、ただれ)
- ・その他()
- ・症状はいつごろからありましたか？具体的にお書きください。
()

☆乳がんのリスクについておたずねします。

血のつながった方で(実父・兄弟姉妹・子供・父方の祖父母・母方の祖父母等)乳がん・卵巣がん、
膵臓がん、前立腺がんにかかった方はおられますか？(例:姉 乳がん 60歳の時) (いる ・ いない)
(続柄:)

☆生理や妊娠のことについてお聞かせください。

初潮: 歳 閉経: 歳(自然・手術)

最終月経: 月 日～ 日間 (規則的・不規則)

妊娠回数 回、出産回数 回 初めのお産は 歳の時

授乳された方で授乳中に乳腺炎などにかかったことが (ある ・ ない)

☆お薬に関して

女性ホルモンのお薬(ピルやホルモン補充療法、不妊治療などの薬)を使ったことが (ある ・ ない)

(具体的に: 使用期間:)

いつも飲んでいるお薬やサプリメントはありますか (ある ・ ない)

(具体的に: 使用期間:)

☆一般的なことについておたずねします。

食べ物や薬にアレルギーがあるといわれたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

具体的に

ずっと病院や診療所などでみてもらっている病気はありますか？ (はい ・ いいえ)

具体的に