

# 乳腺問診用紙

記入日 年 月 日

ふりがな  
氏名 才 生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日

住所 〒

電話番号 携帯番号  
ご職業 身長 cm 体重 kg

## ☆どのような症状で来院されましたか？

- ・乳房のしこり ( 右 ・ 左 ) ・定期診察
- ・乳房の痛み ( 右 ・ 左 ) ・検診
- ・乳首のトラブル ( 右 ・ 左 ) ・二次検診  
( ミルクや血などが出る ・ かぶれる ・ ただれる )
- ・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 ( 父母・兄弟姉妹・子供・父方の祖父母・母方の祖父母等 ) の中で、  
がんにかかった方はおられますか？ ( いる ・ いない )  
例： 姉 乳がん 60歳の時 父 肺がん 70歳の時  
( 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 )  
現在妊娠されていますか？ ( はい ・ いいえ )  
妊娠回数 回 出産回数 回 初めての産は 歳の時  
初産の授乳 ( 無し ・ 少し ・ 充分 )

## ☆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： )

## ☆かかりつけの病院 ( 医院・クリニック ) はありますか？ ( はい ・ いいえ )

( 医療機関名： )  
( 所在地： 京都市 ( ) 区 ・ 京都市以外 )

※ お薬手帳をお持ちの方は診察の際にご提示ください。