

# 問診票

氏名： \_\_\_\_\_ 年齢： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

・来院の目的について（複数回答可）

- 乳房の異常が心配で受診した
- 乳がん検診の結果、精密検査を勧められた
- 他院からの紹介・転院

・自覚症状について（複数回答可）

- しこり：右 左 わきの下 乳頭 いつから? \_\_\_\_\_
- しこりの場合大きさの変化はありましたか？（あり・なし）
- 痛み：右 左 わきの下 乳頭 いつから? \_\_\_\_\_
- 乳頭から分泌物：右 左 色は? \_\_\_\_\_ いつから? \_\_\_\_\_
- その他

・現在の妊娠の有無（あり・なし）

・授乳歴の有無（あり・なし）

・妊娠回数（ \_\_\_\_\_ 回）

・現在の授乳の有無（あり・なし）

・出産回数（ \_\_\_\_\_ 回）

・現在の月経の有無（あり・なし）

・初産年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）

最終月経開始日 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

・子の年齢 \_\_\_\_\_

閉経年齢 \_\_\_\_\_ 歳

・ピルの内服の既往（あり・なし）

・初潮年齢（ \_\_\_\_\_ 歳）

・ホルモン療法の既往（あり・なし）

・豊胸術/ハ<sup>o</sup>-ヌメカ/PV シャットの有無（あり・なし）

・アレルギー・副作用（あり・なし）

薬剤名： \_\_\_\_\_ 内容： \_\_\_\_\_

・あなたの病気の既往歴：

乳房：なし・あり：乳がん、のう胞、線維腺腫、乳頭腫、乳腺症、その他

卵巣：なし・あり：卵巣がん、卵巣のう腫、その他

そのほかの病気：

・がんの家族歴： 例) 父方の祖母 乳がん 68 歳 母方のおば 大腸がん 50 代

・一番最近の乳がん検診は、

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ、触診・超音波・マンモグラフィ 精密検査：なし・あり

→検診の種類（市町村の検診・職場の検診・その他）

→受けた場所 集団（バス・保健センター）・施設名（ \_\_\_\_\_ ）

・その前の乳がん検診は、

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ、触診・超音波・マンモグラフィ 精密検査：なし・あり

→検診の種類（市町村の検診・職場の検診・その他）

→受けた場所 集団（バス・保健センター）・施設名（ \_\_\_\_\_ ）

・乳がん検診は受けたことが無い