

問診票

記入日 _____

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（あり/複数回答可 ・ なし）
 - しこり：右 左 乳房 乳頭 わきの下 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 乳房 乳頭 わきの下 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 (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°-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