

# 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