

# 乳腺外来問診票

これからお尋ねすることは、あなたの病状を正確に知るために必要な情報です、以下の項目について、なるべく詳しくお答えください。

フリガナ				性別	
お名前				年齢	歳
生年月日	昭和・平成	年	月	日	
住所	〒 _____				
電話番号	_____				

←連絡の取りやすい電話番号をご記入ください

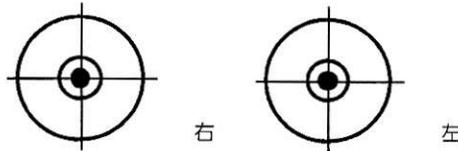
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

症状はありますか？ 無 ・ 有 ( しこり ・ 痛み ・ その他 \_\_\_\_\_ )

いつから \_\_\_\_\_ 前から

どこか \_\_\_\_\_

○をお付け下さい



血縁に乳癌の方がおられますか？ 無 ・ 有 → 関係 \_\_\_\_\_ 病気になった歳 \_\_\_\_\_ 歳

血縁に他の癌の方がおられますか？ 無 ・ 有 → 関係 \_\_\_\_\_ (病名 \_\_\_\_\_ )

関係 \_\_\_\_\_ (病名 \_\_\_\_\_ )

関係 \_\_\_\_\_ (病名 \_\_\_\_\_ )

## 月経についてお尋ねします

初潮 \_\_\_\_\_ 歳

最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

閉経 \_\_\_\_\_ 歳 → 更年期障害 無 ・ 有

経口避妊薬 無 ・ 有 → 期間 \_\_\_\_\_ 年間 現在服用 している ・ いない

ホルモン補充療法 無 ・ 有 → 期間 \_\_\_\_\_ 年間 現在服用 している ・ いない

結婚はしていますか？ (はい \_\_\_\_\_ 歳 ・ いいえ \_\_\_\_\_ )

## 妊娠・分娩について

妊娠回数 \_\_\_\_\_ 回 分娩回数 \_\_\_\_\_ 回 ( 初産年齢 \_\_\_\_\_ 歳 )

授乳歴 完全母乳 ・ 混合 (人工乳+母乳) ・ 人工乳のみ

## 今までかかった乳房の病気についてお尋ねします

乳腺症 無 ・ 有 → \_\_\_\_\_ 歳

乳腺腫瘍 無 ・ 有 → \_\_\_\_\_ 歳 → 手術 無 ・ 有

乳癌 無 ・ 有 → \_\_\_\_\_ 歳 → 手術 無 ・ 有

その他 \_\_\_\_\_

乳房以外でかかった病気 無 ・ 有 →

高血圧症 無 ・ 有 → \_\_\_\_\_ 歳

糖尿病 無 ・ 有 → \_\_\_\_\_ 歳

喘息 無 ・ 有 → \_\_\_\_\_ 歳

高脂血症 無 ・ 有 → \_\_\_\_\_ 歳

その他 (病名 \_\_\_\_\_ ) → \_\_\_\_\_ 歳

## 現在内服中の薬 ( \_\_\_\_\_ )

薬のアレルギー 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

食べ物のアレルギー 無 ・ 有 ( \_\_\_\_\_ )

## 乳房以外に今まで受けた手術

\_\_\_\_\_ 歳 手術名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳 手術名 \_\_\_\_\_

## 嗜好についてお尋ねします

酒 類 \_\_\_\_\_ 一日量 \_\_\_\_\_ 期間 \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳

煙 草 \_\_\_\_\_ 一日量 \_\_\_\_\_ 本 期間 \_\_\_\_\_ 歳 ~ \_\_\_\_\_ 歳

乳 製 品 (全般的に 好む ・ 普通 ・ 嫌い) 、牛乳 好む ・ 普通 ・ 嫌い )

パースメーカーは装着していますか？ 無 ・ 有