令和　年　月　日

カルテNo.

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			
生年月日	昭和・平成　年　月　日	年齢	歳
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		

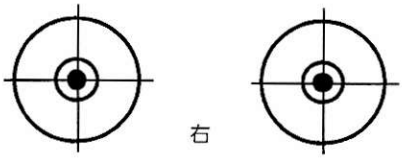
身長＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿kg

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）

ペースメーカーは装着していますか？　無・有