【乳腺外来　問診票】

ﾌﾘｶﾞﾅ 昭和

氏　名　　　　　　　　　　　　　様　 平成　　年　　月　　日　（満　　　歳）

◎次の項目について、該当するものに○または　記入をお願いします。

◇今までに乳がん検診を受けたことがありますか?

1.受けたことがない

2.受けたことがある　　いつ頃（　　　　　　　　　　　　）

3.毎年、受けている

◇月経について

　・初潮：（　　　歳）　　閉経：（　　　歳）

　・周期：（　順調　・　不順　）

　・最終月経：（　　月　　日から　　　　日間）

◇結婚歴：（未婚・既婚）　　結婚年齢：（歳）

◇妊娠回数：（　　　　回）　　　＊現在、妊娠していますか?　　 （ はい ・ いいえ ）

◇出産回数：（　　　　回）

◇最終出産：（　　　　歳）

◇授乳歴：（母乳・混合・ミルク）　＊現在、授乳していますか? 　 （ はい ・ いいえ ）

◇自己検診について

1.実施している（月に1回程度　・　年に数回）

2.実施していない

◇現在の症状について

　・乳房に痛みはありますか?　　　　　　　　　　　　　　　　　（ はい ・ いいえ ）

　・乳房にしこりはありますか? 　　　　　　　　　　　　　　　 （ はい ・ いいえ ）

　・乳頭をしぼると分泌物が出ますか? （ はい ・ いいえ ）

◇現在および過去の病気について

　・子宮や卵巣の手術を受けたことがありますか? （ はい ・ いいえ ）

　・ホルモン治療をしたことがありますか? （ はい ・ いいえ ）

　・乳腺の病気をしたことがありますか? （ はい ・ いいえ ）

　・その他の病気で治療や手術をしたことがありますか? （ はい ・ いいえ ）

　　　病名：（　　　　　　　　　　　　　　）　いつ頃：（　　　　　　　）

◇現在治療している病気はありますか? （ はい ・ いいえ ）

　　　病名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

◇豊胸手術を受けたことがありますか? （ はい ・ いいえ ）

◇家族について

　・家族（祖母・母・姉・妹・娘・叔母）の中で乳ガンと言われた方はいますか?

（ はい ・ いいえ ）

　・乳ガン以外のガンと言われた方はいますか? （ はい ・ いいえ ）

病名：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

本人とのご関係：（　　　　　　　　　　　　）