

【乳腺外来 問診票】

カガナ 昭
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)
- ・乳頭をしば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：()