

# 乳腺科問診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 T S H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ ご職業または学年 \_\_\_\_\_

乳房についての自覚症状をお聞かせください。当てはまる症状にチェックを入れてください。

- 特に症状はないが検査をしたい
- (右・左) 痛みを感じる (時々・常に)
- (右・左) しこりがある
- (右・左) 乳頭から分泌物がでる (乳汁様・血性・透明)
- (右・左) いつも乳房が張っている感じ
- その他 気になっていること ( \_\_\_\_\_ )

◎ あなたの状態を教えてください。

- 身長 \_\_\_\_\_ cm ■体重 \_\_\_\_\_ kg ■初潮 \_\_\_\_\_ 才 ■閉経 \_\_\_\_\_ 才
- 一番最近の生理 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ 出血期間 \_\_\_\_\_ 日間
- 月経痛 強・普通・弱・なし
- 月経量 多い・固まりが出る・普通・少ない
- 月経周期 順 ( \_\_\_\_\_ 日 ) ・ 不順 ( \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ 日 )
- 未婚 (性交経験 あり・なし) 結婚 ( \_\_\_\_\_ 才) 離婚 ( \_\_\_\_\_ 才)  
配偶者 (現在 \_\_\_\_\_ 才) 御主人の職業 ( \_\_\_\_\_ )
- 妊娠歴 (なし・あり) 妊娠 \_\_\_\_\_ 回、出産 \_\_\_\_\_ 回 (帝王切開 \_\_\_\_\_ 回)、自然流産 \_\_\_\_\_ 回、人工流産 \_\_\_\_\_ 回
- 現在妊娠している可能性はありますか? (あり・なし)
- 現在授乳中ですか? (はい・いいえ)
- 飲酒 \_\_\_\_\_ 本・杯/日・週 ■喫煙 \_\_\_\_\_ 本/日 喫煙期間 \_\_\_\_\_ 年

◎ 今までにかかった大きな病気はありますか (年齢・病名・治療内容など)

いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

◎ 現在、治療中の病気はありますか (病名・治療内容・薬名など)

いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

◎ アレルギーはありますか (薬・食べ物・花粉・ぜんそくなど)

いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

◎ 家族の病歴 ( ) に父母、兄弟などの記入をしてください (例：高血圧 (父)、糖尿病 (祖母) など)

癌 ( ) 高血圧 ( ) 糖尿病 ( ) 遺伝子疾患 ( ) アレルギー疾患 ( ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

血縁のご家族で 乳がんにかかった方はいますか

いる：続柄 ( \_\_\_\_\_ ) ・ いない

◎ 以前、子宮がん検診を受けたことがありますか

いいえ・はい (平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 結果：異常なし・異常あり〔診断名： \_\_\_\_\_ 〕)

◎ 以前、乳がん検診を受けたことがありますか

いいえ・はい (平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 結果：異常なし・異常あり)

「異常あり」の方は診断名など詳しくお書きください ( \_\_\_\_\_ )

受けた内容 (視触診・マンモグラフィー・超音波エコー)

(横浜市の乳がん検診・市以外の他院での検診・その他 \_\_\_\_\_ )

◎ 形成外科手術について伺います

豊胸手術を受けたことが ない

ある：ヒアルロン酸注入・脂肪注入。バック挿入・その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご記入ありがとうございました

伊豆美レディースクリニック