

問 診 票

フリガナ

お名前

年齢

歳

◇ 診断の参考とさせていただきますので、以下の質問についてお答えください。

1. 乳房に何か症状がありますか？

□ある ⇒ ・部位 右：□乳房 □乳首 □わき 左：□乳房 □乳首 □わき
 ・症状 □しこり □痛み □乳汁 □かゆみ その他[]
 ・いつからありますか？ [] から

□ない ⇒ □検診や以前の検査で異常を指摘された $\xrightarrow{\text{いいえ}}$ □検診目的受診 □その他

2. 乳がん検査を受けたことがありますか？

□ない

はい

□ある ⇒ 平成 [] 年 [] 月頃 施設名 []

受けた内容 → □視触診 □マンモグラフィ □超音波エコー

結果 { □異常なし
 □異常あり → 診断名など詳しくお書きください
 []

3. これまでに乳房の病気をしたことがありますか？

□ない □ある ⇒ 内容 []

4. ホルモン状態についておたずねします。

□閉経前 ⇒ 最近の月経： [] 月 [] 頃

現在、妊娠の可能性はありますか？ → □ない □ある

□閉経後 ⇒ 閉経した年齢 [] 歳 → □自然に □手術により

5. 出産歴についておたずねします。

・出産回数 [] 回 ・授乳中ですか？ □いいえ □はい

6. 直接血のつながりのある家族や親戚に乳がんまたは卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

□いない □いる ⇒ 続柄 [] 病名 []

7. 現在服用中の薬はありますか？

□ない □ある ⇒ 薬剤名 [] □ピル □更年期ホルモン治療

8. 豊胸手術を受けたことがありますか？

□ない □ある ⇒ [ヒアルロン酸・脂肪・シリコン・その他 ()]