



## 乳腺外科問診票

ID \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

お名前 \_\_\_\_\_

ご自宅 電話番号 \_\_\_\_\_ - - -

生年月日 T · S · H · R 年 月 日  
年 月

携帯電話 電話番号 \_\_\_\_\_ - - -

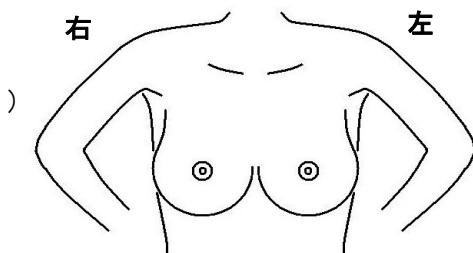
ご住所 \_\_\_\_\_

※わかる範囲で、ご記入お願いします。

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？

しこり・痛み・乳汁分泌・検診・精査・その他 ( )

それはいつ頃からですか？ ( 頃から )



2. 右の絵に自覚症状のある部分を丸印でご記入下さい。

3. 今までに乳がん検診を受けたことはございますか？

□いいえ □はい 今までの健診回数 ( 回 ) 最終検診日 ( 平成/令和 年 月 頃 )

4. 今までに乳腺の病気を指摘されたことはございますか？

□いいえ □はい ( 例 ) 乳腺症など

5. 血のつながった方で、ガンと診断された方はございますか？

□いいえ □はい ( 例 ) 父が大腸がんなど

6. 初潮と閉経はいつ頃ですか？

初潮 : \_\_\_\_\_ 歳頃 閉経 : \_\_\_\_\_ 歳頃

7. 最近生理が来たのはいつ頃ですか？

( 頃 )

8. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はございますか？

□いいえ □はい ( 現在 週目 )

9. 現在授乳中ですか？

□いいえ □はい

10. 妊娠・出産の経験はございますか？

□いいえ □はい ( 出産回数 : 回 ) ( 授乳歴 あり · なし )

11. 現在お飲みになっているお薬はございますか？ ( ピルも含む )

□いいえ □はい ( )

12. ペースメーカーは入っていますか？

□いいえ □はい

13. その他、前胸部にチューブが入っていますか？ ( &lt;も膜下後のシャントチューブなど )

□いいえ □はい

14. 豊胸手術をしていますか？

□いいえ □はい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。