

# 乳 腺 問 診 票

初診時選定療養費に関する説明を受け11,000円の支払いを、

同意します 同意しません

説明担当者 \_\_\_\_\_

年 月 日受診

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

初 診

再 診 \_\_\_\_\_回目 身長 \_\_\_\_\_cm 体重 \_\_\_\_\_kg

1. 定期的に乳がん検診を受けていましたか？  はい・ いいえ

「はい」と答えた方は \_\_\_\_\_年頃から \_\_\_\_\_年毎に その他（ \_\_\_\_\_ ）

2. 今回異常が発見されたきっかけは  乳がん検診  自覚症状あり  その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. 乳房について

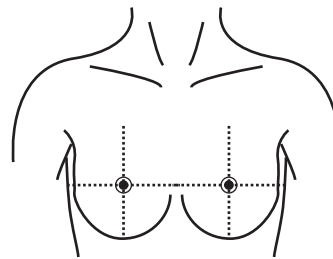
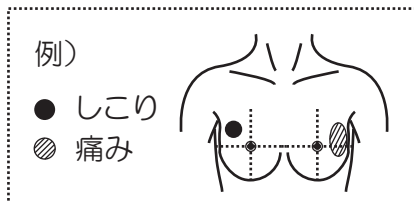
痛みがありますか  無  有 （ 右  左 → 月経と関係がありますか？  有  無）

しこりがありますか  無  有 （ 右  左 → いつからありますか \_\_\_\_\_）

ちくびの変形  無  有 （ 右  左 → いつからありますか \_\_\_\_\_）

ちくびからの異常分泌  無  有 （ 右  左 → いつからありますか \_\_\_\_\_）

\*症状のある場所に印をいれてください



4. 月経 初経： \_\_\_\_\_歳，生理：  順調  不順  閉経（ \_\_\_\_\_歳）  人工閉経（ \_\_\_\_\_歳）

最終月経開始日（ \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日）， 月経周期（ \_\_\_\_\_日）

5. 結婚歴  既婚  未婚

6. 妊娠出産 妊娠： \_\_\_\_\_回 出産： \_\_\_\_\_回  現在妊娠中： \_\_\_\_\_ヶ月，  妊娠の可能性あり

7. 授乳歴  無  授乳中  有

8. ホルモン補充療法歴（ピルなど）  無  有（時期/種類 \_\_\_\_\_）

9. 婦人科の手術を受けたことがありますか

無  有 （ \_\_\_\_\_）歳頃， 種類（ \_\_\_\_\_）

10. 豊胸手術を受けたことがありますか  無  有 (\_\_\_\_) 歳頃

バック(生食・シリコン)  ヒアルロン酸  脂肪注入  その他(\_\_\_\_\_)

11. タバコは吸いますか。  いいえ・ はい 1 日 (\_\_\_\_) 本 (\_\_\_\_) 年間喫煙 / 禁煙から (\_\_\_\_) 年

12. お酒は飲みますか。  いいえ・ はい (量 \_\_\_\_\_) /  毎日・ たまに  
例) 缶ビール 1 本 1 日おき

13. ご本人について

いままでに貴方のかかった病気は?  特になし

➤ 乳腺炎その他乳腺の病気は(乳房の外傷も含めて)  無  有 → (\_\_\_\_\_)

➤ 高血圧  無  有 :  治療中

➤ 糖尿病  無  有 :  治療中 → インシュリン使用  無  有

➤ 喘息  無  有 :  治療中

➤ 緑内障  無  有 :  治療中

➤ アレルギー  無  有

有、の方はどのようなアレルギーですか?

☆薬(\_\_\_\_\_)、☆食べ物(\_\_\_\_\_)

☆造影剤、 ☆花粉症、 ☆その他(\_\_\_\_\_)

➤ 冠動脈疾患・心筋梗塞  無  有

➤ 脳血管・末梢血管疾患  無  有

➤ 悪性腫瘍・悪性血液疾患・悪性リンパ腫  無  有

➤ 心不全  無  有

➤ COPD  無  有

➤ 膠原病  無  有

➤ B 型・C 型肝炎・その他慢性肝疾患  無  有

➤ 腎機能障害  無  有

➤ その他  無  有 (\_\_\_\_\_)

14. 血縁者について

a. 乳癌になった方がいますか?

いいえ、 はい どなたがですか? (母、姉、妹、祖母、おば、娘、その他(\_\_\_\_))

b. その他の癌にかかった方がいますか

いいえ、 はい 病名(卵巣、胃癌、大腸癌、膵癌、前立腺癌、男性乳癌、その他(\_\_\_\_))

はいの場合どなたですか? (\_\_\_\_\_)

ご協力ありがとうございました。