

乳腺外科 問診票

1. いつからどのような症状がありますか？

- ・しこりがある 無・有（ 右 ・ 左: 年 月頃から）
- ・痛みがある 無・有（ 右 ・ 左 年 月頃から）
- ・その他（ 年 月頃から）

2. マンモグラフィについて

- ・今までにマンモグラフィを受けたことがありますか？ 無・有（ 年 月頃）
- ・豊胸術：無・有
- ・ペースメーカー：無・有

3. 月経・妊娠について

- ・初潮： 歳頃（最終月経 月 日頃 順調 ・ 不順）
- ・閉経： 歳頃
- ・現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか？（ はい ・ いいえ ）
- ・現在授乳中ですか？（ はい ・ いいえ ）

4. 今までに病気や大きなけがをしたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

歳頃 病名

歳頃 病名

歳頃 病名

5. 薬や注射でアレルギーを起こしたことはありますか？

ない ・ ある（薬剤名： ）

6. 定期的に飲んでいる薬はありますか？

ない ・ ある（薬剤名： ）

7. 喘息発作を起こしたことがありますか？

ない ・ ある（ 年 月頃）

8. ご家族で『乳がん・卵巣がん』にかかれた人はいますか？（ はい ・ いいえ ）

がん ご関係：

がん ご関係：

9. 身長 _____ cm 体重 _____ kg

ご協力ありがとうございました。