

乳腺外科 問診票

患者氏名：_____

1. いつからどんな症状がありますか？

- ・しこりがある 無・有 (左・右 _____年 ____月頃から)
- ・痛みがある 無・有 (左・右 _____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せんか？

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。