

《 乳腺外来問診票 》

きよせの森総合病院

お名前

()才

受診日 年 月 日

1. 本日の来院理由をお尋ねします。

該当する項目の番号に○印をつけて質問にお答え下さい。

① 気になる症状がある。

いつからですか? ()

どちらの乳房ですか? (右・左・両方)

どのような症状ですか? ()

② 乳癌検診を希望している。

③ 複十字病院より紹介された。

④ その他の理由で来院 (理由)

2. 月経についてお尋ねします。

周期は()日型で(順調・不順)です。

現在妊娠中ですか(はい・いいえ)

最終月経は 月 日から 日間

閉経()歳

3. 出産経験はありますか?

(有・無)

出産歴についてお尋ねします。

()歳 正常分娩・帝王切開 (母乳・混合・ミルク)

()歳 正常分娩・帝王切開 (母乳・混合・ミルク)

()歳 正常分娩・帝王切開 (母乳・混合・ミルク)

4. 授乳中に乳房のトラブルがありましたか?

有(右・左) 乳腺炎・その他
無

5. 婦人科の疾患についてお尋ねします。次の疾患を罹ったことがある方はチェックして下さい。

子宮筋腫 ()才 手術()才 内服()才

卵巣嚢腫 ()才 手術()才 内服()才

6. あなたのご家族で乳癌と診断された方はいらっしゃいますか? (はい・いいえ)

☆6ではいに○印をつけた方は、印をつけて下さい。 母親 ・ 祖母 ・ 叔母 ・ 姉妹

7. 今までに大きな病気をしたことがありますか?

(はい・いいえ)

☆7ではいに○印をつけた方は、右側にもご記入して下さい。 いつ頃:

入院(有・無)

病名:

手術(有・無)

8. 現在治療中の病気がありますか? (はい・いいえ) 病名

9. お薬は飲んでいますか? (はい・いいえ) 薬名

10. 薬の副作用はありましたか? (はい・いいえ) 薬名

11. 癌など悪性疾患と診断された場合、告知を希望されますか? (はい・いいえ)

12. 今までに乳癌検診を受けた事がありますか? (はい・いいえ)

13. 乳腺の疾患既往がありますか? (はい・いいえ) (乳腺症・乳腺繊維腺腫)

14. 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入下さい。