

ID:

乳腺問診票

記入日:平成 年 月 日
ふりがな

〒
ご住所:

氏名: 男・女

西暦
生年月日: 大・昭・平 年 月 日 (歳)

自宅TEL:

携帯:

■今回どのような症状のために受診されましたか？

<いつから> 本日 昨日 一週間以内 それ以前()
<場所> 右 左
<症状> 乳房のしこり 乳房の痛み 乳房の赤み 乳頭分泌 乳頭のただれ
わきのしこり 検診希望 検診にて要精密検査 他院より紹介・転院
その他()

■今までにかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃かを()にご記入ください。

高血圧(頃) 高脂血症(頃) 糖尿病(頃) 結核(頃)
肝臓病(頃) 喘息(頃) 腎臓病(頃) 肺炎(頃)
心臓病(頃) 脳卒中(頃) がん(頃) その他
(病名:)

■今までに手術の経験はありますか？ なし あり

歳 病名:

病院名:

(通院・入院・手術)

■家族の中に、乳がん・卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

なし あり (誰が: 病名:)

■血縁者の中に、がんの方はいらっしゃいますか？

なし あり (誰が: 病名:)

■薬や食べ物のアレルギーはありますか？ 薬:なし あり ()
食べ物:なし あり ()

■現在、飲んでいる薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの場合はご提示ください。

なし あり (薬品名:)

■乳がん検診を受けられた事がありますか？

なし あり 今まで()回くらい
最終検診: 年 月 日 検診結果:異常なし 異常あり()
・乳がん検診歴ありの方は最終検診で何の検査を受けられましたか。 マンモグラフィー エコー

■女性の方

妊娠している可能性はありますか？ ない ある 妊娠している
妊娠・出産歴がある方 最終出産 (S・H)年 ()月 妊娠 回 出産 回
授乳中に乳腺炎にかかったことはありますか？ ない ある

最終月経は? 開始日(月 日) 閉経している(年前) 初経は? 歳
現在授乳中ですか? いいえ はい 母乳 混合 人工乳

ご記入ありがとうございました。 おおくぼ乳腺クリニック

医院記入欄: 身長: cm 体重: kg BMI: タバコ()