

# 乳腺外科問診票

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ (男・女)

1) 本日の受診目的を教えてください

- ( ) 検診・人間ドックで異常を指摘された→結果をお持ちであれば受付にお出してください  
( ) 定期検査  
( ) その他(具体的に: \_\_\_\_\_ )

2) 以下の症状の有無を教えてください

- ① 乳房の痛み ない・ある ( 平常・月経時 ) ( 右・左 )  
② 乳房のしこり ない・ある ( いつから \_\_\_\_\_ ) ( 右・左 )  
③ 乳頭(乳首)の変形 ない・ある ( いつから \_\_\_\_\_ ) ( 右・左 )  
④ 乳頭(乳首)の異常分泌 ない・ある ( いつから \_\_\_\_\_ ) ( 右・左 )

3) 乳がん検診を受けたことはありますか？

- ない・ある ( 最後に受けたのは \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ )  
( 受けた検査内容は 視触診・マンモグラフィー・超音波 )

4) 血縁者の中にがんにかかった人はいますか？(特に乳がん・卵巣がん・膵臓がん)

- いない・いる ( 続柄 \_\_\_\_\_ ) ( 病名 \_\_\_\_\_ )

5) 妊娠・出産について

- ① 妊娠回数 ( \_\_\_\_\_ 回)  
妊娠のうち 出産 ( \_\_\_\_\_ ) 回  
流産・死産 ( \_\_\_\_\_ ) 回  
② 初産年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 最終出産年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 歳

6) 授乳について

- ① 授乳中ですか？ ② 出産時の授乳  
いいえ・はい ( 母乳・混合・人工 )

7) 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

- いいえ・はい

8) 以下に今までかかった病気や受けた治療はありますか？

乳腺の病気・手術(子宮・卵巣)・ホルモン治療・放射線治療・豊胸術

9) 病名の告知を希望されますか？ はい・いいえ

希望されない場合、どなたに告知しますか？ ( 続柄 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ )

※個人情報の取り扱いについて  
上記の内容は適切に管理いたします。ご協力ありがとうございました。