

# 乳腺外来問診表

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

下記の質問について、正確な診断や治療を行うため、わかる範囲で詳しくご記入くださいますようお願いいたします。

■現在どのような症状がありますか？

(右・左) 乳房にしこりがある

気づいてからの大きさは (大きくなった・変わらない・小さくなった・

大きくなったり小さくなったりする)

(右・左) 乳房に痛みを感じる (時々・常に)

(右・左) わきの下にしこりがある

(右・左) 乳首 (乳頭) から分泌物がある 色 ( )

(右・左) 乳首がくぼんでいる・変形している・湿疹のようなただれがある

その他 ( )

■妊娠・出産歴はありますか

なし  あり 一番最近の妊娠・出産 ( ) 年 ( ) 月

■授乳歴はありますか

なし  現在授乳中  授乳したことがある (いつまで: )

■今までに乳がん検診を受けたことが、  なし  あり

内容 視触診 いつ ( )  異常なし  あり ( )

マンモグラフィー いつ ( )  異常なし  あり ( )

超音波エコー いつ ( )  異常なし  あり ( )

検診は  毎年受けている  初めて受けた  その他 ( )

■今までに乳腺外来を受診されたことが  なし  あり (いつ: )

(症状・治療: )

■今までにかかった病気や手術についてご記入ください。

乳腺の病気  なし  あり ( ) 歳頃 (病名・治療: )

乳房の手術  なし  あり ( ) 歳頃 (病名・治療: )

その他の大きな病気や手術

なし  あり ( ) 歳頃 (病名・治療: )

( ) 歳頃 (病名・治療: )

■血縁者で乳がんになった方はいますか？  なし  あり 続柄 (祖母・母・姉妹・娘)

■血液をさらさらにするお薬を飲んでいますか？  はい  いいえ

■現在内服中のお薬があればご記入ください

( )