

# 《 乳腺問診票 》

- ※ 妊娠中，あるいは妊娠の可能性がある場合は必ず申し出てください。
- ※ おわりの範囲で構いませんので出来るだけ詳しくお答えください。
- ※ 質問の内容でわかりにくい点がありましたら，遠慮なくご質問下さい。

氏名( ) 年齢( ) 記入日 年 月 日

## ●今日は，どの様なきっかけで来院されましたか？

- ① 乳房もしくは脇に気になる場所（しこり，腫れ，痛みなど）がある。
- ② 検診で病院を受診するよう指示された。
- ③ 特に症状はないが検診をしてほしい。
- ④ 他医から紹介されて来院した。
- ⑤ その他（ ）

## ●気になる事（しこり，痛みなど）のある方は，どこにいつ頃からありますか？

（ ）頃から，《右乳房／左乳房／右脇／左脇／その他（ ）》に，《しこり／いたみ／腫れ／かゆみ／その他（ ）》

## ●月経についてお答え下さい。

- ・ 初潮（月経開始）は何歳でしたか？：（ ）歳
- ・ 月経は順調ですか？：はい／いいえ
- ・ 月経周期（前回の月経開始から今回の月経開始までの日数）：約（ ）日型
- ・ 月経期間（月経が続く日数）：約（ ）日間
- ・ 月経頃に症状がある方はいつ，どの様な症状ですか？  
《月経前／月経中／月経後》に《乳房痛／腹痛／腰痛／頭痛／その他（ ）》
- ・ 閉経（月経が終わった）された方は，いつどの様に閉経されましたか？  
（ ）歳で《自然に／手術で／その他の理由で》  
手術で月経がなくなった方（ ）歳頃に（ ）の手術

## ●妊娠・出産・授乳についてお答えください。

- ・ 現在の妊娠《している（第 週）／可能性がある／可能性はない》
- ・ 妊娠回数（ ）回
- ・ 出産回数（ ）回，第1子（ ）歳時，第2子（ ）歳時
- ・ 流産回数（ ）回，中絶回数（ ）回
- ・ 出産された方におききます，授乳されましたか？  
はい《いま授乳中／ 頃まで》／いいえ

裏面へ続きがあります→→→

●これまでの病気についてお答えください。

- ・ 今までに乳房の病気になった事がありますか？ はい/いいえ  
「はい」と答えた方は、かかった時の年齢と病名を書いてください。  
( )
- ・ 今までに乳房以外の病気になった事がありますか？ はい/いいえ  
「はい」と答えた方は、かかった時の年齢と病名を書いてください。  
( )
- ・ 現在治療中の病気がありますか？ はい/いいえ  
「はい」と答えた方は、かかった時の年齢、病名、現在の治療（薬の名前など）を書いてください。※内服薬が多数の場合は、お薬手帳をご提示ください。  
( )
- ・ アレルギーはありますか？ はい/いいえ  
「はい」と答えた方は、原因（薬や食べ物など）と症状（じんましん、のどの違和感など）を書いてください。  
( )

●その他の事についてお答えください。

- ・ 血縁の方で「がん」にかかった方がいれば、誰がどこのがんかを書いてください。  
( )
- ・ 乳がん検診を受けた事がありますか？ はい/いいえ  
「はい」と答えた方は、一番最近でいつ受けましたか？ 約( )年前
- ・ もし乳がんだとわかった場合、知らせてほしいですか？ はい/いいえ
- ・ もし乳がんになって再発した場合、知らせてほしいですか？ はい/いいえ