

問 診 票 (乳腺外科)

(フリガナ)

氏名 _____ (才) 職業 _____

生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

住所 _____ TEL _____

今回診察に来られた理由

- あてはまるものをチェックしてください。
() 自覚症状なし (自覚症状がなければ自費診療になります)
() お乳にしこりがある (右・左) いつから ()
() お乳に痛みがある (右・左) いつから ()
() 乳頭から分泌物がある (右・左) いつから ()
() 検診で要精密検査と言われた
マンモグラフィ (右・左) エコー (右・左)
() その他 ()
- 今の症状は、以前にどこかでみてもらいましたか
いいえ ・ はい (どこで: _____ いつ頃: _____)

-
- 乳がん検診 (自費診療・保険診療含む) を受けたことがありますか
いいえ ・ はい (_____ 年 _____ 月頃 エコー・マンモグラフィ)
検査結果 (異常なし・要経過観察・要精密検査)
 - 血縁関係の方に乳がんの方はいますか
いいえ ・ はい (母・姉妹・祖母・おば・娘・その他: _____)
 - 今までに乳腺の病気にかかったことはありますか
いいえ ・ はい (乳がん・線維腺腫・乳腺症・のう胞・その他: _____)
いつ頃: _____ 年 _____ 月頃 手術歴: なし・あり (_____ 年 _____ 月頃)
 - 今までに乳腺以外の病気にかかった事はありますか
いいえ ・ はい (いつ頃: _____ 病名: _____ 通院中・通院なし)
服薬: なし・あり (_____) 手術歴: なし・あり (_____ 年 _____ 月頃)
 - 薬や注射でじんましんが出たりショックになったことがありますか
いいえ ・ はい (原因: _____)
 - もしも、今後の診療でがんの診断がついた場合、告知を希望されますか
いいえ ・ はい
 - その際、あなた以外に病状説明を聞かれる方はおられますか
いいえ ・ はい (_____)

女性の方のみ裏面もご覧ください

