

乳腺外来問診票

No. _____

氏名	ふりがな	性別	生年月日		年齢
	様	男・女	大・昭・平	年 月 日	歳
住所	〒		TEL		

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) わきの下に痛みを感じる

(右・左) 乳首(乳頭)から分泌物がある

(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

特に症状はないが、なんとなく乳がんが心配

その他 ()

■ 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 無・有 (歳頃) (病名・治療:)

乳房の手術 無・有 (歳頃) (病名・治療:)

その他の大きな病気や手術 無・有 (歳頃) (病名・治療:)

子宮/卵巣の手術 無・有 (歳頃) (病名・治療:)

ホルモン治療 無・有 (歳頃) (更年期障害・ピル・その他→)

不妊治療 無・有 (歳頃)

豊胸手術 無・有 (歳頃) (バッグ挿入・その他→)

放射線治療 無・有 (歳頃) (病名・治療:)

■ 現在内服中のおくすりがあればご記入ください。

■ 血縁者ががんになった方はいますか？

乳がんの人がいる 無・有 続柄 (祖母・母・姉妹・娘)

他のがんの人がいる 無・有 続柄 () (病名:)

