

《 問 診 表 》

乳腺用

ふりがな.....

氏名 _____ 歳

1. 本日はどうされましたか？ 以下の質問にお答えください。

・しこりはありますか？ なし あり（右・左・両方）いつから：.....・痛みはありますか？ なし あり（右・左・両方）いつから：.....・乳頭からの分泌物はありますか？ なし あり（右・左・両方）いつから：.....

その他、気になることや相談したいことがあればご記入ください。

[]

2. 妊娠・出産についてお伺いします。

・出産歴 なし あり・現在の状態は？ 妊娠中 授乳中 断乳後（ 月） どちらでもない・現在閉経していますか？ していない している

3. 今までに以下の病気や手術はされたことありますか？ ある方は、内容もご記入下さい。

・乳腺の病気 なし あり（ ）・乳房の手術 なし あり（ ）・豊胸術 なし あり・婦人科系疾患の手術（子宮・卵巣） なし あり（ ）・ホルモン剤の使用（経口避妊薬等・補充療法） なし あり・ペースメーカー装着 なし あり・V-Pシャント（水頭症） なし あり

4. ご家族の方で以下の病気にかかったことのある方はいますか？

・乳がん なし あり（続柄： ）・その他のがん なし あり（続柄： 部位： ）5. 現在、治療している病気や服用中のお薬はありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

[]

6. 今までにアレルギー、特異体質と言われたことがありますか？ ない ある→内容をご記入ください。

[]

※ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。