

《 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 (_____ ヶ月) 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。