

# 問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 (S・H) 年) 月 日 歳  
住所：〒 \_\_\_\_\_ 当日連絡可能な電話番号： \_\_\_\_\_

◎乳房について、当てはまる症状にチェックを入れて下さい

- 症状ない (検査目的)
- (右・左) しこりがある
- (右・左) 痛みがある (時々・常に)
- (右・左) 乳頭から分泌物がある (乳汁様・血性・透明)
- (右・左) 張る感じがある (時々・常に)
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

◎症状はいつからですか？ \_\_\_\_\_ 不明 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

◎乳がん検診を受けたことがありますか？  いいえ  はい (最終 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
マンモグラフィ・超音波 (エコー) 結果 (異常なし・あり)

◎生理・妊娠・出産・授乳について

- 現在、妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか？  ない  ある (予定日 \_\_\_\_\_ )
- \*最終月経 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間) \*閉経 ( \_\_\_\_\_ 歳)
- \*妊娠 ( \_\_\_\_\_ 回) 出産 ( \_\_\_\_\_ 回) \*授乳歴 (母乳・人工乳・混合)
- \*現在、授乳中ですか？  いいえ  はい

◎血縁のご家族で乳がん・卵巣がん・膵がん・前立腺がんにかかった方はいますか？

- 不明  いない  いる：続柄 ( \_\_\_\_\_ )

◎ホルモン補充療法・ピル内服はありますか？  ない  ある ( \_\_\_\_\_ 年間)

◎豊胸手術歴はありますか？  ない  ある

◎現在治療中の病気はありますか？  ない  ある

- ・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・喘息
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

◎現在、飲んでいる薬はありますか？  ない  ある

薬品名 \_\_\_\_\_

抗凝固薬 (血液サラサラ系)  ない  ある

◎薬・食品のアレルギーはありますか？  ない  ある ( \_\_\_\_\_ )