

# 乳 腺 問 診 票

受診日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

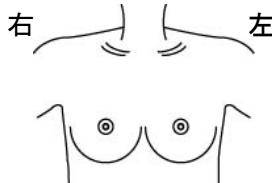
氏名： \_\_\_\_\_ 様      年齢： \_\_\_\_\_ 歳

<b>【妊娠について】</b> 現在： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 可能性有り <input type="checkbox"/> 妊娠中    ( _____ ケ月目) 過去： 妊娠回数 _____ 回 出産回数 _____ 回	<b>【豊胸術の有無】</b> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( _____ 歳頃) ( <input type="checkbox"/> 生食バッグ <input type="checkbox"/> シリコンバッグの挿入 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸・脂肪などの注入 )	<b>【ペースメーカー装着の有無】</b> <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ※ペースメーカー装着の方はマンモグラフィ 検査は医師の判断になります
---	---	--

1. 今回受診される理由をお答え下さい

① 自覚症状

- ・乳房のしこり                    無し            有り ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より)
- ・乳房の痛み                    無し            有り ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より)
- ・乳房からの分泌物            無し            有り ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日より)
- ・気になる部位にマークを使ってご記入ください



☆ しこりのあるところ /// 痛みのあるところ × その他の症状 ( _____ )
--

② 検診・ドックにて外来受診勧められる

- ・②を受けた日にち \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 ( 当院 ・ 他院 )
- ・実施した検査    触診    マンモグラフィー    超音波
- ・その時言われた内容 ( \_\_\_\_\_ )

③ 他院からの紹介

- ・手術後経過観察中      手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃
- ・症状経過観察中

④ その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 婦人科の手術歴の有無についてお答えください

有り (手術名： \_\_\_\_\_ 歳頃)    無し

3. ホルモン剤使用の有無についてお答えください

有り (薬品名： \_\_\_\_\_)    無し

4. 授乳経験の有無についてお答えください

有り ( 母乳のみ ・ 混合栄養 )    無し

5. 血縁に乳がん・卵巣がん・その他のがんの有無についてお答えください

有り (血縁者： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_)    無し

6. 注射や内服薬によって、アレルギー反応を起こした事がありますか？

有り (薬品名： \_\_\_\_\_)    無し

7. 月経についてお答えください

規則的 ( \_\_\_\_\_ 日周期)    不規則    閉経 ( \_\_\_\_\_ 歳)

最近の月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃