

問診票

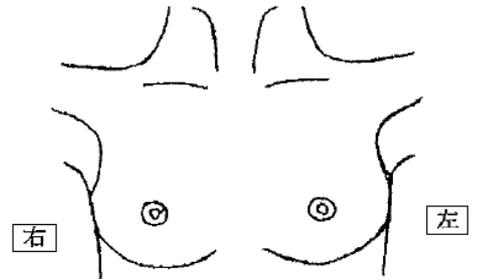
*紹介状・借用フィルム・検査データをお持ちの方は、受付に提出してください。

フリガナ	記載日:	年	月	日			
お名前:	性別:	生年月日:(大・昭・平・令)	年	月	日	年齢:	歳
お電話番号:	〒						—
住所:	都道府県	市区町村					
未婚・既婚(初婚・再婚・離婚)・死別	身長()	cm	体重()	kg			
職業(詳しく教えてください)							
*当院では診察結果により緊急検査・処置が必要となる場合がありますので、緊急連絡先の記入をお願いします。							
緊急連絡先:氏名	続柄	電話番号					

1. どのような理由で受診されましたか?

- 乳房のしこり 乳房の痛み
 乳頭分泌 その他 _____
いつ頃からですか?
_____年 _____月 _____日頃から
 検診で要精査となった。
→検診時期 _____年 _____月
検診結果 _____
 その他 _____

どこの部位ですか?



2. 乳がん検診を受けたことはありますか?

- 今回初めて受けて、ひっかかった
 受けたことがある → 最近の検診はいつですか
マンモグラフィー _____年 _____月 エコー _____年 _____月
 良性疾患で定期的に検査はしていた 全くない

3. 健康状態などについて教えてください。

- ① 初経 _____歳 生理 _____日周期 *現在妊娠の可能性: ある ・ ない ・ わからない
*今後妊娠の希望: ある ・ ない ・ わからない
② 閉経 _____歳 (自然 ・ 子宮の手術などで)
③ 結婚 _____歳時 妊娠 _____回 出産 _____回 初産 _____歳
④ 授乳はしましたか? (はい・いいえ)

4. 乳腺の病気をされたことはありますか?

- ない
 ある(右・左) (乳腺炎・乳腺症・良性のしこり・膿瘍・がん・他 _____)
⇒乳腺の手術を受けたことはありますか? (外来手術・生検を含む) ない ある (_____回)

5. 婦人科の病気をされたことはありますか?

- ない
 ある(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん・他 _____)
⇒子宮・卵巣の手術を受けたことはありますか?
 ない
 ある(_____歳時)(子宮摘出・卵巣切除<両側・片側>・筋腫核出術・他 _____)

6. 今までにホルモン補充療法を受けたことがありますか?

- ない
 ある(種類: _____) _____年 _____月 ~ _____年 _____月 まで ・ 継続中

7. 過去に診断された病気、および現在治療中の病気はありますか？

- ない
 ある

高血圧・高脂血症・糖尿病・喘息・胃十二指腸潰瘍・脳梗塞・骨粗鬆症

心疾患 () ・呼吸器疾患 () ・内分泌疾患 ()

その他 ()

8. 現在体の中にペースメーカーやシリコン、シャントチューブなど入っていませんか？

- ない ある (種類:) 年 月

9. 豊胸手術はしていませんか？

- ない
 ある 年 月 (部位:) 年 月 (部位:)

10. 現在飲まれているお薬があれば、教えてください。 *お薬手帳をお持ちの方は診察時に提出してください。

医療機関・かかりつけ医 ()

11. アレルギーや副作用について

- ① 食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。
 ある (食べ物の名前:) ない
- ② 薬で副作用が出たことがありますか。
 ある (薬の名前:) ない

12. ご家族(血縁関係)で乳がんの診断・治療を受けた方はいらっしゃいますか？

- いない or わからない
 いる (母・姉・妹・娘・祖母・叔母・他) ⇒ 歳時に診断

13. ご家族(血縁関係)でその他のがんの診断・治療を受けた方はいらっしゃいますか？

- いない or わからない
 いる がんの種類 続柄
がんの種類 続柄

14. 喫煙について

- 吸っていない
 過去に吸っていた (1日 本× 年間 (歳から 歳)
 現在も吸っている (1日 本× 年間 (歳から 歳)

15. 飲酒について

- ほぼ毎日飲酒 (種類: 量:) たまに飲酒 お酒は飲まない

16. ご希望や不安などございましたらご記入ください

以上です。ありがとうございました。