

乳腺問診票

記入日： 年 月 日

ID： _____

氏名 _____ 様 _____ 歳

① 本日はどのようなことでご来院されましたか？

- 乳がんドック（**症状はない**が気になるので検査を受けたい）
- 検診・ドックで異常を指摘された
- 他院からの紹介
- 自覚症状がある

→ 症状をお持ちの場合は、具体的にお教えてください

- ・乳房の痛み ない ・ ある (右 ・ 左) (いつから)
- ・乳房のしこり ない ・ ある (右 ・ 左) (いつから)
- ・乳頭からの分泌物 ない ・ ある (右 ・ 左) (いつから)



② 以前に乳がん検査を受けたことはありますか？

- ない ・ ある (最後に受けたのは 年 月頃)
検査内容 (視触診 ・ マンモグラフィ ・ 超音波 ・ MRI ・ 針生検)

③ 今までにかかった病気や受けた治療はありますか？

- 甲状腺の病気： 甲状腺機能亢進症 ・ 甲状腺機能低下症 ・ 甲状腺腫瘍 ・ その他 ()
泌尿器の病気： 前立腺肥大症 ・ 前立腺癌 ・ 精巣腫瘍 ・ 副腎腫瘍 ・ その他 ()
手術等 : ペースメーカー ・ 脳室-腹腔シャント ・ 放射線治療 ・ その他 ()
その他の病気： 気管支喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 肝機能障害 ・ 心機能障害 ・ 腎機能障害 ・ その他 ()

※現在も治療中でお薬手帳をお持ちの方は、診察時に拝見させていただきます

④ 血縁者に乳がん・卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

- いない ・ いる (祖母 ・ 母 ・ おば ・ 姉 ・ 妹 ・ いとこ ・ その他)

⑤ 薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

- ない ・ ある ()

⑥ 当クリニックを知ったきっかけは？

- 他院から紹介 ・ 知人から紹介 ・ インターネット ・ 広告 ・ ご近所 ・ その他 ()

※紹介状・検査結果・画像データ等、本日お持ちいただいているものがございましたら、受付にお出してください。