ゆき乳腺クリニック問診票

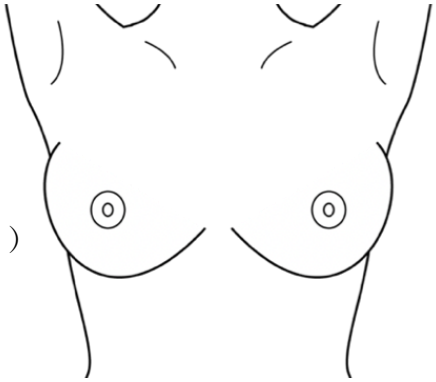
記入日：　　年　　月　　日

ふりがな　　生年月日：　　年　　月　　日（　　歳）　　性別：

お名前：　　携帯番号：　　身長：　　cm 体重：　　kg

ご住所：〒　　－　　体温：　　℃

1．本日はどのような症状と目的で来院されましたか（複数回答可）その場所に下図へ〇(印)をつけて下さい



□ 東大阪市乳がん検診を希望　　□ 自費乳がん検診を希望

□ 乳がん検診で異常あり　　□ 乳がん術後

□ 乳房の痛み：(右・左) (時々・常に) (いつから　　)

□ 乳房のしこり：(右・左) （いつから　　）

□ 乳頭からの分泌物：(右・左) (乳汁様・血性・透明)

□ 乳房が張っている：(右・左) (時々・常に) (いつから　　)

□ その他（　　）

2．以前、乳がん検診を受けたことがありますか

なし・　あり　→視触診　　→（20　　年　　月　　結果:　異常なし ・ 異常あり）

→マンモグラフィ　→（20　　年　　月　　結果:　異常なし ・ 異常あり）

→乳腺超音波　　→（20　　年　　月　　結果:　異常なし ・ 異常あり）

3．ご家族や親族の乳がん・卵巣癌・膵癌の既往について（血のつながった方のみ）

例:乳がん(母)、卵巣癌(父方祖母)

なし ・ あり　→（　　）

4.これまでにかかった病気または手術や、現在治療されている病気はありますか

(乳房に関する病気も含みます)

なし　・　あり　→（　　）

5．現在服用している薬および外用薬はありますか

なし　・　あり→（　　）

6．生理、妊娠出産と婦人科関連について

・初経年齢（　　才 ）

・月経　　あり　→　一番最近の生理　（　月　日～　　日間）

なし　→　閉経　（　　才 ）

・現在、妊娠の可能性　　なし・あり　→　（　　）週目

・現在、授乳中　　なし　・　あり　→　(産後　　か月目)

・妊娠回数(　回)、出産回数（　回）→授乳状況（人工・母乳）、最終出産年齢（　　才）

・避妊薬・女性ホルモン療法・不妊治療の経験　　なし・あり　（　　）

・婦人科で定期診察（子宮検診など）　　なし　・　あり　→（　　）

7．食べ物と薬でアレルギー症状が出たことはありますか

なし・あり　→　（　　）

★妊娠中、授乳中、豊胸術後、ベースメーカーとシャントが入っている方は受付までお申し出ください。