

乳腺外科 問診票

記入日： 年 月 日

(ふりがな)

お名前： _____ 年齢： _____ 歳 生年月日 _____

住所 〒 _____ 電話番号 _____

*特に自覚症状がなく健康診断や検診が目的の検査は保険診療の対象となりません。

症状がなく漠然と乳がんが心配、という理由も保険診療の対象ではありません。

病変があり、医師から経過観察の指示を受けている場合はこの限りではありません。

下記のすべての質問に、○印または文章でお答えください。

1) 本日はどのような症状でご来院されましたか？

いつ頃からですか？ (_____ 頃から) (右 ・ 左)

しこり ・ 痛み ・ 乳汁分泌 ・ 検診(健診)での異常 ・ 経過観察 ・ 健診または検診(自費検査)

2) 今までに乳がん検診を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい 今までの検診回数 (_____ 回) 最終検診日 (_____ 年 _____ 頃)

3) 今までに乳腺の病気を指摘されたことはございますか？

いいえ ・ はい (_____) 例：乳腺症など

4) 家族のなかに、ガンと診断された方はございますか？

いいえ ・ はい (_____) 例：祖父が大腸がんなど

5) 初潮と閉経はいつ頃ですか？

初潮： _____ 歳頃 閉経： _____ 歳頃

6) 最近生理が来たのはいつ頃ですか？

(_____ 頃)

7) 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はございますか？ いいえ ・ はい

8) 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

9) 妊娠・出産の経験はございますか？

いいえ ・ はい (出産回数： _____ 回) (授乳歴： あり ・ なし)

10) 現在お飲みになっているお薬はございますか？(ピルも含む) いいえ ・ はい

11) お薬手帳はお持ちですか？ はい ・ いいえ

12) 血液をサラサラにする薬(ワーファリンなど)を飲んでいませんか？

いいえ

はい (薬品名： ・ バイアスピリン ・ プラビックス ・ パナルジン ・ エパデール
・ プレタール ・ アンブラグ ・ オパルモン ・ プロレナール
・ ワーファリン ・ イグザレルト ・ リクシアナ ・ エリキュース)

その他 (_____)

13) 薬を飲んだ時や麻酔を実施した時にアレルギーが出たことはありますか？

いいえ ・ はい (薬： _____ 麻酔： _____)

症状 (_____)

14) ペースメーカーは入っていますか？ いいえ ・ はい

15) その他、前胸部にチューブが入っていますか？(くも膜下後のシャントチューブなど)

いいえ ・ はい

16) 豊胸手術をしていますか？ いいえ ・ はい _____ 頃ですか (_____)