

乳腺外科問診票

年 月 日

ID _____

氏名 _____

年齢 _____

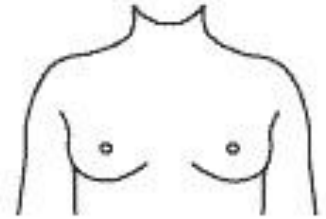
体温 _____ 度

身長 _____ cm

体重 _____ kg

★症状のある部位に○をつけてください

- ◆ 本日はどのような症状での受診ですか
いつから
どんな症状ですか
(しこり・痛み・乳頭分泌液・その他)



- ・上記のことで他の病院に行きましたか 行かない
行った→ いつ どこに 診断名
検査(マンモグラフィ・超音波・細胞診・病理検査・その他)
治療(薬・処置・手術・その他)

- ◆ 現在通院中の医療機関はありますか ない ある(病院名)
服用している薬はありますか ない ある(薬剤名)
(ある方は説明書などをみせてください)

- ◆ サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか ない ある
(サプリメントの名前)

- ◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか ない ある
(病名 治療内容 何歳)

- ◆ 今までに輸血を受けたことがありますか ない ある
(病名 何歳)

- ◆ アレルギーがありますか 薬物 ない ある(薬品名)
食物 ない ある(食物名)

- ◆ 月経について 初潮 才~
最終月経 月 日~
閉経 才

- ◆ 現在妊娠の可能性 ない ある(現在 ヶ月)

- ◆ 授乳中ですか いいえ はい

- ◆ 2親等(母・祖母・姉妹)以内で 乳がんの診断をされた方はいますか
いいえ はい (続柄)

- ◆ 妊娠・出産について

| 年齢 | 妊娠・出産 | 授乳について |
|----|--------------|-----------|
| 才 | 出産・流産(自然・人工) | 母乳・人工乳・混合 |
| 才 | 出産・流産(自然・人工) | 母乳・人工乳・混合 |
| 才 | 出産・流産(自然・人工) | 母乳・人工乳・混合 |
| 才 | 出産・流産(自然・人工) | 母乳・人工乳・混合 |
| 才 | 出産・流産(自然・人工) | 母乳・人工乳・混合 |

- ◆ 処方に関して 院内処方 院外処方