

# 乳腺外科 問診票

お名前  
(カタカナ)

1 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹,気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬,注射等のアレルギー

いいえ  はい …薬剤名: 症状:

食べ物のアレルギー

いいえ  はい …食べ物: 症状:

2 いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか \_\_\_\_\_ 頃から

どのような症状ですか

しこりがある (右・左)  乳頭から分泌物が出る (右・左)  
 乳房に痛みがある (右・左)  乳がん検診の再検査 (右・左)  
 乳房が張る (右・左)  その他( )

3 女性の方のみお答え下さい。

月経について  初経( )歳  順  不順  閉経( )歳

妊娠,出産,授乳について

・妊娠中,妊娠の可能性  なし  妊娠中または可能性あり  
 ・出産経験  なし  あり … 初産( )歳 妊娠( )回 出産( )回  
 ・授乳中  いいえ  授乳中

4 豊胸術を受けたことがありますか。

いいえ  はい(種類: 例)ヒアルロン酸,シリコン,脂肪注入,パック)

5 乳がん検診を受けたことがありますか。

いいえ  はい … 最後に受診した検査種と、受診した年月をおしえてください。  
 エコー  マンモグラフィ ( 年 月)

6 血縁者で乳がんにかかった方がいる方は記入して下さい。

[ 続柄: ]

7 現在、内服している薬がある場合は記入して下さい。お薬手帳をお持ちの方は診察時、医師にお見せ下さい。

[ ]

8 現在、他の病院にかかっている方は記入して下さい。

[ 病名: 医療機関名: ]

9 今までに大きな病気,ケガ,手術歴などがありましたら記入して下さい。

[ 病名: ( 歳 ) ]

10 日常生活について、お答え下さい。

たばこについて  吸わない  吸っていた  吸っている  
 本数:1日に( )本位 期間:( )年間位

アルコールについて  飲まない  時々  毎日  
 ・お酒の種類( )・量  1~2杯  2~3杯  3杯以上

< \* > 当クリニックでは検査室にお子様を同伴させることが出来ません。

診察・検診中のお子様のお預かりは出来ませんので、モール内の一時預かり施設をご利用下さい。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。