

乳腺外科問診票

受診日 年 月 日

お着替えがございますので該当の
サイズに○をつけて下さい

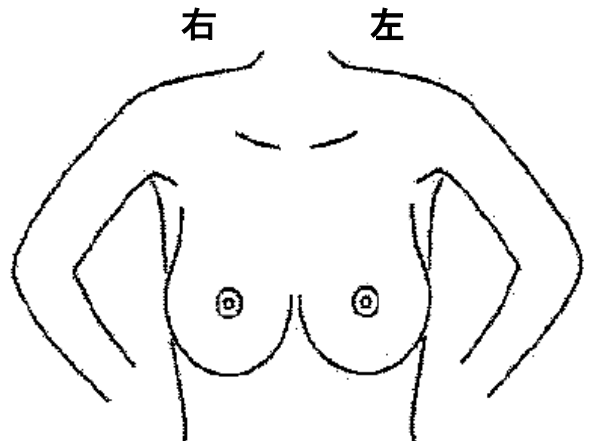
S ・ M ・ L ・ LL

フリガナ			
氏名	生年月日	昭和 平成 西暦	年 月 日

質問項目	回答
1.最終月経	月 日 ~ 月 日
2.月経は	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順
3.閉経	歳
4.出産回数	回
5.直近の出産はいつですか？	歳
6.授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
7.現在妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (妊娠 第 週)
8.乳がん検診を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (いつ 年 月) ↳ マンモグラフィー・乳房エコー
9.乳腺の手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (右・左)
10.豊胸手術を受けた事がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(方法:)
11.乳房にしこりがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (右・左)
12.乳頭から分泌物がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (右・左) ↳ 色()
13.乳房の痛みがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
14.現在治療中の病気がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名)
15.今まで大きな病気にかかった事がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名)
16.これまでに大きな手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名)
17.血族の中で乳がんまたは卵巣がんと診断された人はいますか？ (子宮がんと卵巣がんは別になります)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(続柄)

※自覚症状がある場合は右のイラストへご記入下さい

しこりの場合、該当箇所に ○ 印
痛みの場合、該当箇所に × 印を付けて下さい



こちらには記入しないで下さい

