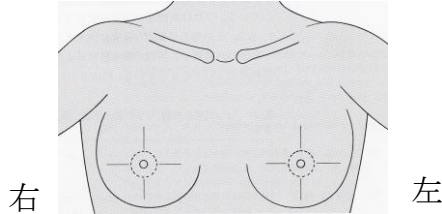


乳腺科問診票

年 月 日

氏名 _____

1. 自覚症状はありますか。 あり / なし
2. 気になる部位に印を付けてください。



3. どのような症状ですか。

- しこり _____ cm くらい
- 痛み なし / 何をしなくても痛む / 押さえると痛む
- 乳頭より分泌物 なし / ある 色 (_____)
- 乳房の色の变化 なし / ある 色 (_____)
- 乳房の皮膚の変化 なし / ある (_____)

4. その症状はいつからですか。

5. 血縁の家族に癌の方はおられますか。 なし / 母, 姉, 妹, (_____)
病名 (_____)

6. 今までに手術や病気をしたことはありますか。

7. 現在内服中の薬があれば記入してください。(お薬手帳があれば記入は不要です)

8. 薬などでアレルギーはありますか。

9. 月経について

最終月経 (_____ 月 _____ 日から _____ 日間)

閉経年齢 (_____) 歳

10. 妊娠の可能性 なし / あり
11. 現在授乳中ですか。 いいえ / はい
12. 心臓ペースメーカーやシャントなど植え込み手術を受けられましたか。 いいえ / はい
13. 乳房形成術(豊胸術など)をしたことがありますか。 いいえ / はい
14. その他気になることがあれば記入してください。