

乳腺外科問診票

No. _____

令和 年 月 日

フリガナ	男・女	生年月日	T・S・H・R	年	月	日
氏名			(歳)			
住所	〒					
電話番号	(自宅)		(携帯)			

☆他の医療機関からの紹介状を持っていますか？

なし ある → 受付までご提出ください

☆月経 1.初潮 ()歳 最終月経 年 月 日 から
2.閉経 ()歳 3.生理周期 不順・順調

☆妊娠 ◎全妊娠 ()回 ◎出産回数 ()回
◎妊娠の可能性 なし・あり ◎妊娠中ですか？ はい・いいえ

☆授乳歴 なし・あり ☆授乳中ですか？ はい・いいえ

☆血縁者に乳癌にかかった方はいらっしゃいますか？ はい・いいえ
(どなたですか？祖母・母・姉・妹・おば・いとこ)

☆現在処方されているお薬はありますか？

なし・あり → ○お薬手帳は持っていますか？ ※持参の方は提出し、無い方は薬品名を書いてください
※マイナ保険証で受付し情報取得に同意した方は直近1カ月以内の処方薬を除き、記載を省略可能です
はい
いいえ(薬品名:)

☆既往歴

○乳腺疾患 なし・あり 【乳腺炎・腺維腺腫・乳がん・その他→ 】

○子宮・卵巣の手術・治療を受けていますか？または受けたことがありますか？
なし・あり 【病名・手術名 いつ頃: 】

○豊胸術を受けたことがありますか？ なし・あり

○心臓ペースメーカーの手術をしましたか？ なし・あり

○頭の手術(V-Pシャントなど)を受けたことがありますか？ なし・あり

○その他何か手術を受けたことがありますか？
なし・あり 【病名・手術名 いつ頃: 】

○アレルギーや喘息はありますか？ なし・あり

☆乳癌検診を受けたことがありますか？ なし・あり (受診日→)

☆乳癌検診で精密検査を受けたことがありますか？ なし・あり (受診日→)

※裏面もございます

