

外科 乳腺外来 問診票

ID: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ Kg

ふりがな _____ 男 生年月日 _____

氏名 _____ 女 大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所: _____ 電話番号: (自宅) _____
(携帯) _____

■ 検診結果や他院からの紹介状はありますか？ なし あり(紹介元 _____)

■ 今回どのような症状のため受診されましたか？ その症状はいつ頃からですか？
(_____) (_____)

1 現在の症状

- (1) 乳房の痛みがありますか 1. ない 2. ある (左 ・ 右)
(2) 乳房にしこりがありますか 1. ない 2. ある (左 ・ 右)
(3) 乳首からの分泌がありますか 1. ない 2. ある (左 ・ 右)

2 既往歴および家族歴

- (1) 乳がん検診を受けたことがありますか
1. ない 2. ある (_____ 回、前回 _____ 年 月頃、生検したことがある … ある ・ ない)
- (2) 乳房の病気をしたことがありますか
1. ない 2. ある (_____ 歳、病名 _____ その時手術を … うけた ・ うけない)
- (3) 家族(血縁)に乳がんの人がいましたか 1. いない 2. いる (続柄 _____)
- (4) 家族(血縁)に乳がん以外のがんの人がいましたか
1. いない 2. いる (病名 _____ 続柄 _____ 、病名 _____ 続柄 _____)
- (5) その他
ア 初潮はいつですか (_____ 歳)
イ 最終月経はいつですか (_____ 月 _____ 日～ _____ 日間)
ウ 閉経について 1. 閉経前である 2. 閉経後である(_____ 歳)
エ 妊娠歴について 1. ない 2. ある (現在妊娠中 _____ カ月、過去妊娠 _____ 回)
オ 出産歴について 1. ない 2. ある (初産 _____ 歳、出産 _____ 回)
カ 授乳歴について 1. ない 2. ある (現在の有無 有 ・ 無)

■ 他の病気にかかったことはありますか？ なし あり
高血圧症 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝炎(B・C・その他) ・ 結核 ・ 腎臓病 ・ 胃・十二指腸潰瘍
喘息 ・ その他の病気(_____)

■ 現在治療中の疾患 あり なし
※ ありの場合、下に詳しく (_____ 病院 _____ 科)
疾患名(_____)

■ 過去に治療した疾患や受けた手術 あり ※ありの場合、下に詳しく なし
(_____)

■ 飲んでいる薬 あり ※ありの場合、下に詳しく なし
(薬剤名: _____)

■ 薬のアレルギーはありますか？ なし あり(_____)
食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり
その他: (_____)

■ 現在妊娠中ですか？ はい いいえ 授乳中ですか？ はい いいえ

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師