

# < 乳腺問診票 >

令和 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 ( 年 月 日生 ) ( \_\_\_\_才 ) 性別 男・女

職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

<p>■気になる症状はありますか？（あり・なし）</p> <p>いつから _____</p> <p>部 位 _____</p> <p>症 状 _____</p>	<p>■現在妊娠されている、または妊娠の可能性が ありますか？（はい・いいえ）</p> <p>■現在授乳中ですか？（はい・いいえ）</p> <p>■結婚された年齢 _____ 歳</p> <p>■最終月経はいつですか？</p> <p>・ ____月 ____日 ~ ____月 ____日まで（順調・不順）</p> <p>・閉経（ ）歳（自然・手術）</p> <p>■初潮年齢 _____ 歳（順調・不順）</p> <p>■妊娠経験 _____ 回</p> <p>■出産経験 _____ 回</p> <p>（初 回 _____ 歳 ~ 最終出産 _____ 歳）</p> <p>（自然流産 _____ 回、人工流産 _____ 回）</p>
<p>■既往歴はありますか？</p> <p>・乳腺手術（あり・なし） （病名 _____ いつごろ _____ 病院名 _____）</p> <p>・豊胸手術（あり・なし） （いつごろ _____）</p> <p>・婦人科疾患（あり・なし） （病名 _____ いつごろ _____ 病院名 _____）</p> <p>・ホルモン治療（あり・なし） （病名 _____ 薬剤名 _____ 病院名 _____）</p> <p>■その他の既往歴（あり・なし）</p> <p>病名 _____</p>	<p>■たばこは吸いますか？</p> <p>・吸ったことがない</p> <p>・吸っている（1日 _____ 本 喫煙歴 _____ 年）</p> <p>・禁煙した（1日 _____ 本を _____ 年間 _____ 歳から禁煙）</p> <p>■飲酒しますか？（飲む・飲まない・時々）</p> <p>・お酒の種類（ ）を1日（ ）ml程度</p> <p>・頻度（毎日・週 _____ 回程度・月 _____ 回程度 ・年 _____ 回程度）</p>
<p>■飲まれている薬はありますか？（はい・いいえ）</p> <p>・薬の名前・種類 （ _____ ）</p> <p>・お薬手帳の持参（あり・なし）</p> <p>■サプリメントは服用していますか？</p> <p>（はい・いいえ）</p> <p>・名前（ _____ ）</p>	
<p>■ご家族でがんにかかった方はいますか？（血族家族）（ ）内に病名を書いてください。</p> <p>父（ ）母（ ）兄（ ）弟（ ）姉（ ）妹（ ）息子（ ）娘（ ）</p> <p>【母方】祖父（ ）祖母（ ）おじ（ ）おば（ ）</p> <p>【父方】祖父（ ）祖母（ ）おじ（ ）おば（ ）</p>	



医療法人社団 北つむぎ会

さつ ぼろ 麻生乳腺甲状腺クリニック