

乳腺疾患患者さんへの問診票

フリガナ

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 当院受診日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
生年月日：大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 当院診察券番号： _____
住所：(〒 _____) 電話番号：(_____) _____

勤務先電話又は携帯電話番号： _____

職業： _____ 結婚：(未婚・既婚・離婚・死別)

身長： _____ cm 体重： _____ kg 初潮： _____ 歳 閉経： _____ 歳

最終月経： _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日まで 月経周期：約 _____ 日 (整・不整)

妊娠出産：妊娠： _____ 回 出産： _____ 回 初産： _____ 歳 流産 _____ 回

現在妊娠中ですか【 はい(妊娠 _____ ヶ月) ・妊娠の可能性が ある ・ いいえ 】
育児希望【 ある ・ いいえ 】

既往歴 (以前かかったことのある病気)

1. 乳腺の病気：病名) _____ 歳の時
2. ほかの病気：病名) _____ , _____
3. アレルギー： _____
4. 現在服用中の薬： _____

家族歴 (血のつながりのある親戚まで) ※記入例 (続柄：母 年齢：36 歳)

1. 乳癌 (誰が? 何歳の時?): (続柄： _____ 年齢： _____ 歳) (続柄： _____ 年齢： _____ 歳)
2. その他癌 ※記入例 (続柄：父：前立腺癌 75 歳) (妹：卵巣癌 66 歳) (叔父：膀胱癌 70 歳)
(続柄： _____ : _____ 癌 _____ 歳) (続柄： _____ : _____ 癌 _____ 歳)
(続柄： _____ : _____ 癌 _____ 歳) (続柄： _____ : _____ 癌 _____ 歳)

★乳房の異常にどのようにして気付きましたか? 気付いた時期・方法・気付いたことなど
受診するまでの経緯をできるだけ詳しくご記入下さい。

★すでに受診された医院・病院名と受診日、これまで受けた検査の内容、診断の結果、
勧められた治療法をできるだけ詳しくご記入下さい。

★3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか はい ・ いいえ

「はい」の方・・・渡航した国(都市まで記入)： _____ 渡航期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日