

乳房問診票

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名			年 月 日
住所	〒 -		
電話番号		携帯番号	

- 今日はどのようなことで受診されましたか。
 A. 乳がん健診(検診) B. しこりがある(右・左) C. 痛みがある(右・左)
 D. 乳頭(乳首)から分泌物(乳汁、血液)がある(右・左)
 E. 健診(検診)後の精密検査 F. その他()

- 血縁関係の方に乳がんの方はいらっしゃいますか。 いいえ・はい()

- 現在何かお薬を服用されていますか。 (はい・いいえ)

- 最終の生理はいつでしたか。 (年 月 日終了)
 閉経されたのは何歳でしたか。 (歳)

- 妊娠、出産の経験はありますか。
 妊娠：1. ある()回 2. なし
 出産：1. ある()回 2. なし

- 妊娠、出産の経験のある方へお伺いします。
 * 母乳はよくでましたか。
 1. でなかった 2. 少し出た 3. 良く出た 4. 出たが授乳しなかった
 * 授乳の状況はどうでしたか。
 1. 完全母乳 2. 混合 3. 完全人口乳

- 閉経されている方へお伺いします。
 * 更年期障害はありましたか。(あった・なかった)
 * ホルモン治療を受けられましたか。(受けた・受けなかった)

- 乳がん健診を希望される方へ
 * 乳房エックス線撮影(マンモグラフィー)を希望されますか。(する・しない)
 * する と答えられた方へ 検査を受けたことがありますか?(ある・ない)
 * 乳房超音波検査(エコー)を希望されますか。(する・しない)

- 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか。(はい・いいえ)

- もし乳がんと診断された場合に病名の告知を希望されますか。(する・しない)

※ご記入いただいた項目の個人に関する情報は、当院の個人情報利用目的以外には使用いたしません。