# 乳房問診票　＿＿＿＿＿＿

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 生年月日 | 大・昭・平<br>年　　月　　日 |
| 氏　　名 | | | |
| 住　　所 | 〒　　－ | | |
| 電話番号 | 自宅 | 携帯 | |

● 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（　　）

● 乳がんと診断されたことはありますか。（ いいえ・はい　）（　右・左　）手術（　　年　　月頃）

● 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　）（　　）

● 豊胸手術・乳房再建手術等を受けたことはありますか。　（　いいえ　・　はい　）

● 現在何かお薬を服用されていますか。　（ いいえ ・ はい ）（　　）

● 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）

○ 閉経された方へお伺いします。

＊　更年期障害はありましたか。　（　いいえ　・　はい　）

＊　ホルモン治療を受けられましたか。（　受けなかった　・　受けた　）

● 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．良く出た　２．少し出た　３．でなかった　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

● 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）を受けたことがありますか（ はい ・ いいえ）

→　はい　と答えられた方へ　一番最近受けられたのはいつですか。（　　年　　月 頃）

＊　乳房超音波検査（エコー）を希望されますか。（ はい ・ いいえ ）

● 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 ）

● 現在授乳中ですか。　（ 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。（ はい ・ いいえ ）

※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。

岸田メディカルクリニック