

令和 年 月 日

外科（乳腺）外来問診票

体温 _____ °C

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

住所 〒 _____

電話番号 () _____ - 携帯番号 _____ - _____

職業 _____ 勤務先名 _____ 電話番号 _____

連絡先（※ご本人以外の連絡先をご記入下さい。）

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 患者様とのご関係 _____

電話番号 () _____ - 携帯番号 _____ - _____

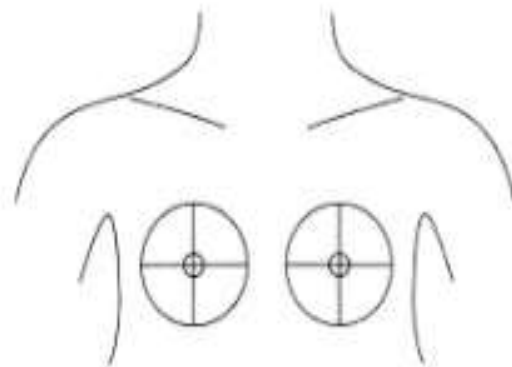
*他院からの手紙、資料をお持ちの方は、受付窓口に提出してください

*下記の質問についてお答えください。

1. いつごろからどのような症状でお困りですか □に^レチェック、当てはまる項目に○をつけてください。 (右・左) 乳房にしこりがある

部位を下記の図に印をつけてください

いつから _____

気づいてからの大きさは (大きくなった・変わらない
・小さくなった・大きくなったり小さくなったりする) (右・左) 乳房に痛みを感じる (時々・常に) (右・左) 乳首 (乳頭) から分泌物がある 特に症状はないが、なんとなく乳がんが心配 症状に変化なし

2. 今までかかった病気や手術についてご記入ください

・ 乳腺の病気 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)

・ 乳房の手術 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)

・ 子宮/卵巣の手術 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)

・ ホルモン治療 無 ・ 有 (歳頃) (更年期障害・ピル・その他→)

・ 不妊治療 無 ・ 有 (歳頃)

・ 豊胸手術 無 ・ 有 (歳頃) (バッグ挿入・その他→)

・ 放射線治療 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)

・ その他の大きな病気や手術 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)

無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)

3. 現在内服中の薬はありますか

はい ・ いいえ

*お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口に提出してください

裏面も記入してください

4. 身内の方でがんになった方はいますか

- ・ 乳がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 (祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ・ 従姉妹)
- ・ 卵巣がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 (祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ・ 従姉妹)
- ・ 子宮がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 (祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘)
- ・ 前立腺がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 (祖父 ・ 父 ・ 兄弟 ・ 息子)
- ・ 膵がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 ()
- ・ 他のがんの人がいる 無 ・ 有 続柄 () (病名・治療:)

5. 今まで乳がん検診を受けたことがあればご記入ください

- ・ いつごろ受けましたか (年 月頃) (病院・検診センター)
- ・ 結果について (異常なし・異常あり→)
- ・ 受けた内容 (視触診・マンモグラフィ・超音波エコー)

6. お薬・食べ物・アルコールでアレルギー症状 (発疹、気分不快など) を起こしたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は内容を記載してください _____

7. たばこについてお聞きします

吸わない ・ 吸う ・ 過去に吸っていた
(1日 本、約 年間)

8. アルコールについてお聞きします

飲まない ・ 飲む ・ 過去に飲んでいた
種類: _____、 1回 _____ ml 毎日・週 () 日・月に2~3回

9. 以下についてお答えください

- ①結婚 (未婚・既婚) ②今後の妊娠の希望 (無・有) ③月経不順 (無・有)
- ④妊娠の可能性 (無・有) 妊娠中 () 週 産後/授乳中 () ヶ月 産後/授乳無し
- ⑤出産経験 出産 () 回・自然流産 () 回 一番最近の出産 年 月 日
- ⑥月経 初潮 () 歳頃・閉経 () 歳頃 一番最近の月経 月 日
- ⑦月経量 (多い・固まりが出る・普通・少ない)

10. からだの中に埋め込まれているものはありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は□にチェックをつけてください

皮下埋め込み型ポート 心臓ペースメーカー 心臓・血管拡張ステント
胆管ステント その他 ()

11. 仮に悪性の疾患の場合の病状や治療の情報提供について

- 1) 病名を知りたいですか はい ・ いいえ
- 2) 病気の状態について知りたいですか はい ・ いいえ
- 3) 病名や病気の状態は、ご家族にもお伝えしてよろしいですか はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。