

## 乳 腺 科 問 診 票

お名前 \_\_\_\_\_

性別 男 ・ 女

年齢 \_\_\_\_\_ 歳

身長 \_\_\_\_\_ cm

体重 \_\_\_\_\_ kg

## 1. どのような症状ですか？

① 次のうちどれに当てはまりますか？

- ・ 検診希望 ・ 乳腺腫瘍（しこり）左 右 ・ 乳頭分泌左右
- ・ 疼痛（痛み）左 右⇒月経周期との関係 なし あり （ \_\_\_\_\_ 歳ごろから）
- ・ 腋の下のしこり、ぐりぐり 左 右 ・ その他（ \_\_\_\_\_ ）

\*症状がいつからどのような経過をたどっているか具体的にご記入ください\*

② 乳房の健診を受けたことはありますか？

なし あり ⇒ エコー ・ マンモグラフィー ・ 触診のみ 最終受診： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

結果：異常なし・要経過観察・要再検査・要精密検査・要治療

## 2. 月経について

① 初潮 \_\_\_\_\_ 歳 ②不順 ・ 順調 \_\_\_\_\_ 日周期

③一番最近の月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ④閉経 \_\_\_\_\_ 歳（自然・人工）

## 3. 妊娠について

現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ ・ はい

妊娠したことはありますか？

いいえ ・ はい →回数 \_\_\_\_\_ 回

①人工流産 \_\_\_\_\_ 回（ \_\_\_\_\_ 歳） ②自然流産 \_\_\_\_\_ 回（ \_\_\_\_\_ 歳） ③死産 \_\_\_\_\_ 回

④正常産 \_\_\_\_\_ 回（帝王切開含む）（ \_\_\_\_\_ 歳）

乳汁分泌（ 良 ・ 不良 ・ 出ず ）（ 母乳 ・ 混合 ・ 人工 ）

## 4. 既往歴について

・ 乳腺疾患 なし あり（ \_\_\_\_\_ ）

・ 婦人科疾患 なし あり（子宮 \_\_\_\_\_ 卵巣 \_\_\_\_\_ ）

・ その他疾患 なし あり（ \_\_\_\_\_ ）

・ 癌（治療歴含む） なし あり（ \_\_\_\_\_ ）

・ ホルモン療法 なし あり（種類 \_\_\_\_\_ 使用目的 \_\_\_\_\_ 使用時期 \_\_\_\_\_ ）

・ 家族で癌になった方はいらっしゃいますか？

なし あり（ご関係と病名： \_\_\_\_\_ ）

・ 豊胸術や乳房形成術 ※ヒアルロン酸や脂肪注入などを含む

なし あり→（それはいつ頃ですか？ \_\_\_\_\_ ）

## 5. 配偶関係について ①未婚 ②既婚

\* 個人情報の取り扱いについて \*

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。  
当院での個人情報の利用は、掲示板でお知らせした内容に限定して利用いたします。

検査内容などは医師が必要と認めた項目で実施いたします。

医療法人社団 丸の内クリニック

上記の内容を同意して診療を申し込みます。