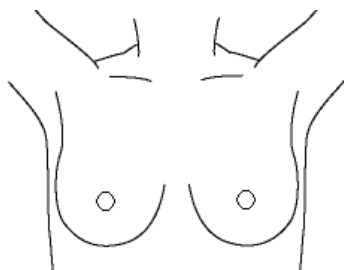


乳腺外科 問診票

氏名 ()

- 本日受診のきっかけになった箇所にチェックを入れてください
 - 【 】 乳房にしこりがある
 - 【 】 乳房の皮膚に変化がある（赤み、ひきつれ）
 - 【 】 乳頭から分泌物が出る。その分泌物の色は、
【 】 白色 【 】 黄色 【 】 赤色/茶色 【 】 その他（ ）
 - 【 】 乳房が痛い/違和感がある
 - 【 】 乳がん検診で専門の病院で精査するように言われた
 - 【 】 その他（ ）

- 気になる箇所に
○を入れてください



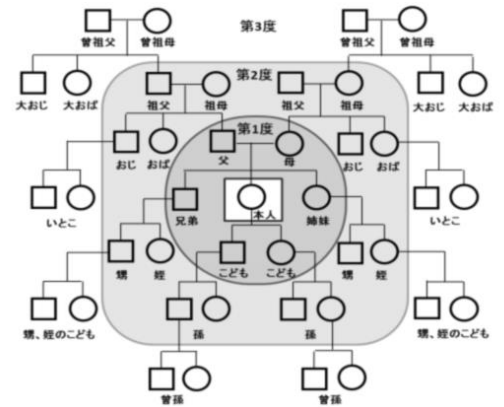
- これまでにかかったことのある病気や、現在治療中の病気がありますか
()
- 血縁関係のある方で「乳がんや卵巣がん」になられた方がおられますか？
はい ・ いいえ
どなたがなられましたか？ ()
- 血縁関係のある方で、乳がんや卵巣がん以外の「がん」になられた方がおられますか？
はい ・ いいえ
どなたがなられましたか？ ()
- 月経状況等について
月経あり → 【 】規則正しい 【 】不順である
最終月経はいつですか () ~ ()
なし → 閉経年齢 () 歳
【 】自然閉経である 【 】人工閉経（手術など）である
- 現在、【 】妊娠中かその可能性がある 【 】授乳中である

ご記入ありがとうございました

票診問

氏名 ()

- 血縁関係のある方（父方、母方ともに祖父母、おじおば、甥姪、いとこまで）についてご記入ください



きょうだい／子ども：（ ）
 母、母方の血縁：（ ）
 父、父方の血縁：（ ）

きょうだい／子ども：（ ）
 母、母方の血縁：（ ）
 父、父方の血縁：（ ）

きょうだい／子ども：（ ）
 母、母方の血縁：（ ）
 父、父方の血縁：（ ）

- パートナー 【 】あり 【 】なし
(既婚・未婚)

妊娠 回 / 出産 回

今後の妊娠希望 あり ・ なし

ご記入ありがとうございました