

乳腺外来の患者様 問診票

お名前	昭和・平成 年 月 日生まれ		
		年齢	歳	保険 社会保険・国保
ご住所	〒		ご連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話

1. どんな症状ですか？

- しこりに気づいた（左・右・両） 乳房に痛みがあった（左・右・両） 乳房が張る感じがした（左・右・両）
乳頭から分泌物が出た（左・右・両） 乳頭にタダレがある（左・右・両） 症状はないが乳がんが心配
乳がん検診の再検査 その他（具体的に _____）

2. いつからですか？

平成 年 月 日 午前・午後 時頃から

3. 症状は

- しだいに重く(酷く)なってきた しだいに軽く(楽に)なってきた ずっと変わらない

4. 血のつながりのある親族に乳がんの方がいますか？

- いいえ はい 続柄(_____)

5. 今までに乳房の病気にかかったことはありますか？

- いいえ はい 疾患名(_____)

6. 現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

- いいえ はい 妊娠(_____)ヶ月

7. 現在授乳中ですか？

- いいえ はい

【ご注意とお願い / マンモグラフィーを受ける方へ】

ペースメーカーや脂肪注入、乳房にシリコン・ヒアルロン酸を使用している方は、検査の前に医師・スタッフにお知らせください。
※検査ができないことがあります。