

乳腺外科問診票

氏名 _____ (才)

1. 受診理由について

紹介状あり 健診結果 (人間ドック・会社検診) 定期健診 その他 ()

2. 症状について：自覚症状 あり・なし

症状ありの方は、どのような症状がありますか。

- ・乳房のしこり：なし・あり (右・左) (年 月 日頃から)
- ・乳房の痛み：なし・あり (右・左) (年 月 日頃から)
- ・乳頭からの分泌物：なし・あり (右・左) (年 月 日頃から)
- ・分泌物ありの方、何色ですか (血液様・乳汁様・透明・その他)
- ・その他 ()

3. これまでに乳房の病気にかかったり、手術を受けたことがありますか。

病名・手術名	時 期	病院名
	年 月 才	
	年 月 才	

4. これまでにかかった乳房以外の病気について

病名・手術名	時 期	病院名
卵巣腫瘍 なし・あり	年 月 才	
	年 月 才	
	年 月 才	

5. 普段の生理について

- ・初潮 (初めての月経) (才)
- ・月経 あり→ 一番最近の生理は (月 日より 日間)
なし→ 閉経 (才)

6. 妊娠について

- ・既婚 (結婚年齢 才)・未婚
- ・現在、妊娠の可能性 なし・あり
- ・避妊薬使用経験 なし・あり
- ・妊娠回数 (回)・出産回数 (回) →授乳状況 (人工・母乳)

7. ご家族や親族の乳がんの既往について (血のつながった方のみ)

なし・あり→ (母・姉妹・娘・その他)

8. アルコール：飲まない・毎日・週 回・つきあい程度

9. たばこ：吸わない・吸う (1日 本 年間)・以前吸っていた (年前まで1日 本 年間)

10. アレルギー：なし・あり (薬品名、食品名) (症状)

11. 現在服用している薬および外用薬：なし・あり

お薬手帳：持参あり・持参なし・持っていない

処方薬：当院のみ・他院あり ()

12. 施設入所中の方 (施設名：)・在宅医療ありの方 (往診医名：)

※看護師記入欄 身長 _____ cm 体重 _____ kg (原則測定)

体温 _____ °C 脈拍 _____ 回/分 (不整あり・なし) 血圧 _____ / _____ mmHg SpO2 _____ %

(問診担当看護師：) H P