

乳 腺 問 診 票

受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

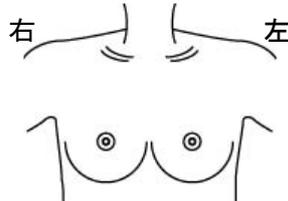
氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳

【妊娠について】 現在： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 可能性有り <input type="checkbox"/> 妊娠中（ _____ ヶ月目） 過去： 妊娠回数 _____ 回 出産回数 _____ 回	【豊胸術の有無】 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り（ _____ 歳頃） （ <input type="checkbox"/> 生食バッグ <input type="checkbox"/> シリコンバッグの挿入 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸・脂肪などの注入 ）	【ペースメーカー及び脳室シャントの有無】 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ※「有り」の方はマンモグラフィ検査は医師の判断になります
---	--	---

今回受診される理由をお答え下さい

① 自覚症状

- ・ 乳房のしこり 無し 有り（ _____ 月 _____ 日より）
- ・ 乳房の痛み 無し 有り（ _____ 月 _____ 日より）
- ・ 乳頭からの分泌物 無し 有り（ _____ 月 _____ 日より）
- ・ 気になる部位にマークを使ってご記入ください



☆ しこりのあるところ
 /// 痛みのあるところ
 × その他の症状
 (_____)

② 検診・ドック・にて外来受診勧められる

- ・ ②を受けた日にち _____ 年 _____ 月 _____ 日頃（ 当院 ・ 他院 ）
- ・ 実施した検査 触診 マンモグラフィ 超音波
- ・ その時言われた内容（ _____ ）

③ 他院からの紹介状 有り 無し

- ・ 手術後経過観察中 手術日 _____ 年 _____ 月頃
- ・ 症状経過観察中

④ その他（ _____ ）

【既往歴】

今までにかかったことのある病気に☑をつけてください。

- 冠動脈疾患・心筋梗塞 B型肝炎・C型肝炎・その他感染症（ _____ ）
- 脳梗塞・末梢血管疾患 糖尿病 高血圧 膠原病 腎機能障害
- 乳腺以外の悪性腫瘍・悪性血管疾患・悪性リンパ腫など
 （ _____ 歳： _____ ）（ _____ 歳： _____ ）
- その他（ _____ ）

現在内服中の薬はありますか？

- 無し 有り（ _____ ）

手術は受けたことはありますか？

- 無し 有り（ _____ 歳： _____ ）（ _____ 歳： _____ ）

アレルギーはありますか？

- 無し 有り（ _____ ）

注射や内服薬によって、アレルギー反応を起こした事がありますか？

- 無し 有り（薬品名： _____ ）

※裏面もご記入ください。

