

# 乳腺外来の患者様 問診票

記入日：令和 年 月 日

お名前	-----	昭和・平成 令和 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・令和 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。