

## 乳腺外科外来問診票

氏名 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) (男・女) 記入日 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●現在乳房に症状はありますか。

いいえ はい (どちらの乳房にありますか? 右 左 両方)  
(いつ頃からありますか? 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から)

●乳房に症状があると答えた方は、どのような症状がありますか。

しこり 痛み 赤み 乳房・乳頭の皮膚のただれ 乳頭陥没 浮腫  
乳頭分泌 ( 透明 白色 膿性 赤色 暗赤色 )  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

●今までに乳がん検診を受けたことがありますか。

いいえ はい (最後の検診: 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
(病院名: \_\_\_\_\_ )

●月経についておたずねします。

最後の月経は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日~ ( \_\_\_\_\_ 日間)  
閉経されたかた \_\_\_\_\_ 歳で閉経

●妊娠・出産についておたずねします。

妊娠回数 ( \_\_\_\_\_ ) 回 出産回数 ( \_\_\_\_\_ ) 回

●血縁で乳がん又は卵巣がんにかかった人はいますか。

いいえ はい (病名: 乳がん 卵巣がん、あなたとの関係: \_\_\_\_\_ )

●放射線治療を受けたことがありますか。

いいえ はい (西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃)  
(部位: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_ )

2017年8月10日改訂