

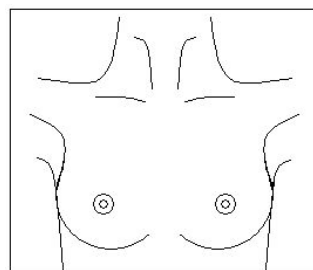
《乳腺外来及び乳がん検診をお受けになる方へ》



平成 年 月 日

氏名 _____ カルテ番号 (_____)

生年月日 _____ 年 月 日 年齢 (_____) 歳 性別 女性・男性



*症状のある所に×をつけて下さい

1. 乳腺についてお伺いします。

1) どんな症状ですか？

特に何もない

乳がん検診にて要精検

しこりに気づいた

乳房が張る感じがした

乳頭にタダレがある

その他 (具体的に _____)

乳がん検診目的

症状はないが乳がんが心配

乳房に痛みがあった

乳房から分泌物が出た (色は? _____)

陥没乳頭がある (いつから? _____)

2) それはいつからですか？

3) 場所はどこですか？

右

左

2. 既往歴について

1) 今までに乳房の病気にかかったことはありますか？

はい (_____) 歳の時 病名 (_____) いいえ

2) 今までに産婦人科の病気にかかったことはありますか？

はい (_____) 歳の時 病名 (_____) いいえ

3. 月経・出産・授乳について

1) 月経について

最終月経 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

順調 (_____ 日型)

不順

初潮 (_____ 歳)

閉経 (_____ 歳)

2) 出産経験はありますか？

はい (_____ 回) 最終出産 _____ 年 月 いいえ

3) 授乳経験はありますか？

はい (現在授乳中ですか? はい・いいえ) いいえ

4) 母乳の出具合はいかがでしたか？

良い

悪い

5) 現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

はい 妊娠 (_____) か月

いいえ

4. 血縁の方で乳がんの方はいらっしゃいますか？

はい (祖母・母・姉妹・おば・子・姪) いいえ

5. 豊胸手術を受けたことがありますか？

はい

いいえ

6. ペースメーカーは入っていますか？

はい

いいえ

その他 _____

7. 現在、服用中の薬がありますか？

はい 薬名 (_____)

いいえ

8. その他

気になること・ホルモン治療・避妊薬使用などありましたらお書き下さい。