

問 診 票 (乳 腺)

本日はご来院頂き有り難うございます。ご予約の方が優先となりますのでご了承ください。

氏名	フリガナ	男女	明治・大正	年 月 日生
	-----		昭和・平成	(歳)
住所	〒	連絡先		
		自宅	-	-
		携帯	-	-

薬や食べ物でアレルギーはありますか。	はい ・ いいえ
アレルギーのある方は内容をお書きください。	

1. 今日どのようなことで来院されましたか。✓してください。

<input type="checkbox"/> 自覚症状があり来院	<input type="checkbox"/> 二次検診
<input type="checkbox"/> 乳がんドック	<input type="checkbox"/> その他()

2. 現在の体調について、下記の症状がある方はご記入ください。

・熱()度・下痢・嘔吐・その他()

3. 乳房について

何か異常がありますか。	ある(右 / 左 / 両側) ・ なし
月経(生理) 前に乳房の腫れ・痛みはありますか。	ある(腫れ / 痛み) ・ なし
「ある」と答えた方のみ、次の質問にお答えください。	
しこりはありますか。	ある ・ ない
いつ頃からありましたか。	頃から
大きくなりましたか。	はい ・ いいえ
痛みはありますか。	はい ・ いいえ
痛みは・・・	押すと痛い・押さなくても痛い
いつ頃から痛みましたか。	位前から
痛みは強くなりましたか。	はい ・ いいえ
乳頭から分泌液が出ますか。	はい ・ いいえ
その色は・・・	無色 / 白 / 黄 / 褐 / 赤

4. 妊娠・出産について

何回妊娠しましたか。	ない ・ 回
初産時年齢はおいくつですか。	歳
現在、授乳中ですか。	はい ・ いいえ
現在、妊娠中ですか。	はい ・ いいえ

5. 月経について ※閉経とは最終月経から1年月経がないことをいいます。

閉経していますか。	はい ・ いいえ
「いいえ」とお答えの方、最終月経はいつでしたか。	月 日～ 月 日

裏面もご記入ください。

