

外科乳腺外来問診票

看護師記入時間 (:)

体温 °C 血圧 / mmHg

脈拍 回/分

呼吸数 回/分 Spo2 %

紹介状持参 無 ・ 有 ()

かかりつけ医 無 ・ 有 ()

持参資料 無 ・ 有 ()

付き添い 無 ・ 有 ()

お名前 男 ・ 女

生年月日 年 月 日 生まれ () 歳

職業 身長 cm 体重 kg

【女性のみ】妊娠:していない ・ 可能性あり ・ している()週 ・ 授乳中

薬手帳 あり ・ なし 〈要スキャナ〉

●いつから、どのような症状がありますか？

・しこり（場所はどこですか？ 右・左・両側）

・痛みがある

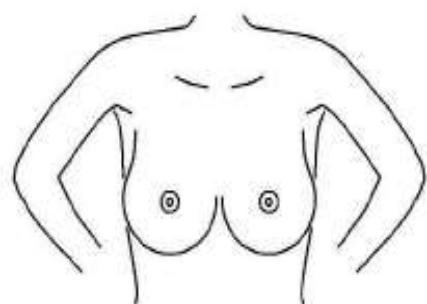
・分泌物がでる

・検診で異常といわれたから

・その他()

その症状はいつ頃からですか？(年 月 日頃から)

右の絵に自覚症状がある部分を丸印でご記入ください。



●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん() ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)

喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 乳腺症

その他()

※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？

どなた()が、いつ()病名()

手術: いつ() 術名()

輸血: なし ・ あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？(ピルも含む)

ない ・ ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

()

●アレルギーはありますか？(局所麻酔含む) ない ・ ある(下記に記載)

気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物() ・ 薬() ・ 造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙…(吸わない ・ やめた ・ 吸う) (本/日) (歳～ 歳まで)

飲酒…(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類() 量(合 mL)

(歳～ 歳まで 回/週 ・ 月)

●今までに乳がん検診を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい(下記に記載)

(定期的 ・ 不定期)に受けている。 最終検診日はいつ頃ですか？ (年 月頃)

《裏面へ続く》

●月経についてお答えください。

・初潮 才から

・閉経 才

最終月経 月 日 : 月経周期(約 日)

●妊娠・出産の経験はありますか？

・はい (妊娠回数 回、出産回数 回) (初産年齢: 才) (授乳歴: あり ・ なし)

・いいえ

●今後妊娠希望はありますか？ はい ・ いいえ

●以下の処置をうけられていますか？

・豊胸術

・ペースメーカー

・シャント術

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ

★ご家族に乳がん、卵巣がんの方がいらっしゃる患者様へ★

※血のつながったご家族に乳がん、卵巣がんの方がいらっしゃる患者様のみ以下にご記入ください。

● 乳がん、卵巣がんの方とはどのような間柄ですか？ ()

● 母方、父方それぞれの家系を含めて、以下の質問にお答え下さい。あなた自身を含めたご家族の中に該当する方がいらっしゃる場合に、□にチェックを入れてください。

☐ 40 歳未満で乳がんを発症した方がいますか？

☐ 年齢を問わず卵巣がん(卵管がん、腹膜がん含む)の方がいらっしゃいますか？

☐ ご家族の中でお一人の方が乳がんを 2 個以上発症したことがありますか？

☐ 男性の方で乳がんを発症された方がいらっしゃいますか？

☐ ご自分をふくめて、ご家族の中で乳がんを発症された方が 3 名以上いらっしゃいますか？

☐ トリプルネガティブ乳がんと診断された方がいらっしゃいますか？

☐ ご家族の中にBRCA遺伝子変異があるといわれた方がいらっしゃいますか？
