

乳腺外来問診票

当院では円滑な診察のため、初診の方に以下の質問に回答して頂いております。
可能な範囲で構いませんのでお答えください。

平成 年 月 日受診

氏名 生年月日 年 月 日 歳

乳腺外来受診歴 無 有／(当院・他院・健診)(マンモグラフィー・超音波/エコー)

本日の症状

乳房のしこり 無 有／ 右・左

乳房の痛み 無 有／ 右・左

乳頭分泌 無 有／ 右・左

腋(わき)の下のしこり 無 有／ 右・左

その他()

親族(血縁の方)

乳がん 無 有／ 母、姉、妹、祖母、おば、娘、
その他()

その他のがん()

婦人科歴 既婚 未婚

月経 初経()歳

順調 不順 閉経()歳

最終月経(月 日)

妊娠・出産 妊娠()回 出産()回

現在妊娠中()ヶ月

授乳歴 無 有 現在授乳中

ホルモン治療 無 有(時期/期間)

既往歴

高血圧 無 有 服薬／ 有・無

糖尿病 無 有 服薬／ 有・無

胃・十二指腸潰瘍 無 有 服薬／ 有・無

アレルギー 無 有()

豊胸手術 無 有

その他()

使用サプリメント 無 有()

ご協力ありがとうございました。

植木外科医院