

乳腺外科問診票

記入日 年 月 日

No.

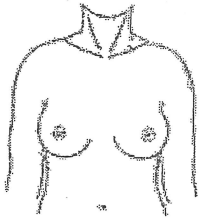
氏名 _____ 男・女

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1. 発見状況を教えてください。 自己発見 検診発見(自覚症状 有・無) その他

2. 具合の悪い場所はどこですか? ○を付けてください。

→ しこり(いつ頃から) ・ 痛み(いつ頃から) 生理周期に関係 有・無
かゆみ(いつ頃から) ・ 乳頭から分泌物が出る(いつ頃から /色・頻度)



3. 近縁者に乳がんにかかった方はいますか? 有・無(祖母・母・子・姉・妹・叔母)

4. 他のがんにかかっている方はいますか?()

5. 月経 有・無 初潮(歳) 閉経(歳) 最近の月経(月 日~ 月 日)順調・不動

6. 妊娠の可能性はありますか? 有・無

7. 出産経験(回) 授乳 母乳・混合・人工 授乳中(有・無)

8. 今までに乳腺以外にかかった疾患がありましたら、ご記入ください。 有・無()

9. 現在、内服中のお薬 有・無()

10. アレルギー 有・無()

今後のサービス向上を図る上で、アンケートにご協力ください

当病院の乳腺外科は、何で知りましたか? 当てはまる箇所を○で囲んでください。 <複数回答可>

- ① インターネット検索(当院 HP・google の広告・yahoo 等の広告)
- ② 他の病院やクリニックより紹介
- ③ 雑誌 (雑誌名:)
- ④ テレビ (番組名:)
- ⑤ 知人・友人・家族の紹介
- ⑥ たまたま、通りかかって
- ⑦ その他 ()

ご協力ありがとうございました。

