

# ブレスト問診票(1)

受付番号

記入日 年 月 日

ID : \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 (職業: \_\_\_\_\_ )

【現病歴】 ●診察の目的に○をつけて下さい。

しこり ・痛み ・乳頭分泌 ・癌検診 ・精密検査をすすめられた

他院からの紹介 ・その他

※いつから、どのような、症状があるか具体的に教えて下さい (右・左など)

【検診】 ●乳がん検診や乳房に関する検査を受けたことがありますか？

なし  あり (受診日 年 月頃 場所 )

●乳房の針生検や手術歴(豊胸手術も含む)は、既往歴はありますか？

なし  あり (受診日 年 月頃 場所 )

【既往歴】 ●現在治療中の病気はありますか？

なし  あり (病名 病院 薬の種類 )

あり (病名 病院 薬の種類 )

●過去の病気や手術歴はありますか？

なし  あり (病名 治療病院 )

あり (病名 治療病院 )

【妊娠・出産】 ●現在妊娠の可能性はありますか？

なし  現在妊娠中  授乳中  妊娠の可能性ある  
※妊娠中または妊娠の可能性のある場合はマンモグラフィ検査は出来ません

●妊娠・出産回数について記入して下さい。

妊娠 ( 回) 出産 ( 回) 出産年齢 ( 才 )

授乳歴  あり  なし

【月経】 ●月経についてご記入して下さい。

初潮 ( 歳)

最終月経 年 月 日 ~ 日間 周期: 日周期

月経は規則的にありますか？  規則的にある  不規則だがある  すでに閉経している  
閉経年齢: 才

【家族歴】

●血縁者に乳がんの方はいらっしゃいますか？

いない  いる ( )

●血縁者に卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

いない  いる ( )

●癌などの悪性疾患と診断された場合でも、本人に告知しています。ご家族への告知を希望しますか？

希望する  希望しない

-----アレルギーに関して-----

薬・注射のアレルギーはありませんか？  ある( )  ない  
食べ物のアレルギーはありませんか？  ある( )  ない  
その他のアレルギーはありませんか？  ある( )  ない

●(放射線診療による被曝について)をお読みにになりましたか？

はい  いいえ

●診察にて医師が必要と判断した検査内容に放射線被曝を受ける場合でも検査を希望しますか？

はい  いいえ

●放射線被曝に関して医師または放射線技師に質問はありますか？

はい  いいえ

《新型コロナワクチン接種について》

●新型コロナワクチンを接種しましたか？  はい  いいえ

●「はい」の場合、接種日はいつですか？

- ・ 1回目( 年 月 日 ) どちらの腕に接種されましたか？ ( 右 ・ 左 )
- ・ 2回目( 年 月 日 ) どちらの腕に接種されましたか？ ( 右 ・ 左 )
- ・ 3回目( 年 月 日 ) どちらの腕に接種されましたか？ ( 右 ・ 左 )
- ・ 4回目( 年 月 日 ) どちらの腕に接種されましたか？ ( 右 ・ 左 )
- ・ 5回目( 年 月 日 ) どちらの腕に接種されましたか？ ( 右 ・ 左 )

ご協力ありがとうございました。