

乳腺外科外来問診票

記入者：..... 関係：.....

お名前..... 年齢..... 歳 性別 男 女

職業.....

1. 乳がん検診を受けたことはありますか？ なし あり (毎年 2年毎年前)

2. どのような症状がありますか？ を付けてください

しこり 痛み 乳頭からの分泌物 乳頭の湿疹 皮膚のへこみ

検診で異常 その他 (.....)

いつ頃からの症状ですか？.....年.....月.....日頃より

3. 出産歴について なし あり (妊娠回数.....回) 下記表にご記入ください

出産年齢	授乳の有無	トラブルの有無	有の場合、具体的に症状をご記入ください
1.歳	なし あり	なし あり	
2.歳	なし あり	なし あり	
3.歳	なし あり	なし あり	
4.歳	なし あり	なし あり	

4. 月経についてお聞きます

初潮は何歳でしたか.....歳

現在の月経は なし 閉経.....歳 (人工閉経 自然閉経)

あり 周期.....日型.....日 持続.....日 (規則的 不規則)

5. ご家族のご病気について教えてください

①乳がんの方はいますか いいえ あり (母 姉妹 祖母 娘 叔母)

②乳がん以外のがんの方はいますか？

いいえ はい (どなたが：.....がんの種類.....)

6. 今までのご病気について教えてください

なし あり (病名：.....手術名：.....)

7. 現在内服中の薬を教えてください

なし あり (薬剤名：.....)

8. 食品・薬物でアレルギー、じんましんが出たことがありますか？

なし あり (原因物質：.....)

9. 日常生活についてお尋ねします。

アルコール：飲まない やめた 飲む (どの位.....)

タバコ：吸わない 吸う (.....本/日) やめた (.....年前まで.....本/日)

可能な限りご記入をお願いいたします

1. 病状説明や今後の治療選択時の同席者及び生活全般に対する支援者を教えてください。

氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____

氏名 _____ 関係 _____ ☎ _____

2. 世帯について教えてください

1人暮らし 配偶者と2人暮らし その他家族有り

3. 介護保険は利用していますか

未申請 申請中 申請済 (要介護 1・2・3・4・5 要支援 1・2 非該当)

4. 下記のご担当者の連絡先をご記入ください

かかりつけ医： _____ ☎ _____

地域包括： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

ケアマネ： _____ 事務所 担当者 _____ ☎ _____

生活保護ケースワーカー： _____ 役所 担当者 _____ ☎ _____

5. 病状について、あなたはどの程度知りたいですか

すべてを知りたい 悪い話は聞きたくない

ご要望：
.....

6. 今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください

.....
.....

7. 今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください

例) 仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

.....
.....

8. その他、ご意見、ご要望をご記入ください

.....
.....

※記入後はお薬手帳と一緒に受付にお渡しください

※ご不明なことは受付にお問い合わせください