

乳 腺 問 診 票

記入年月日：平成 年 月 日

ID _____

フリガナ

氏名 _____

生年月日：T・S・H 年 月 日（ 歳）

1.乳腺疾患の既往	
ある（右・左、 歳のとき）病名（ ）	ない
手術治療 ①ある（ 年 月） ②ない	
2.婦人科疾患の既往（卵巣・子宮の病気など）	
ある（ 歳のとき）病名（ ）手術治療	ない
手術治療 ①ある（ 年 月） ②ない	
3.ホルモン剤などの仕用	
ある（ 歳のとき）	ない
①ホルモン剤 ②経口避妊薬 ③その他（ ）	
4.乳がんの家族歴	
ある（祖母・母・姉妹・娘・叔母・姪）	ない
5.妊娠の経験	
ある（ 回）	妊娠中（現在 カ月）
	ない
6.出産の経験	ある（ 回）
	ない
7.授乳の経験	ある
	ない
現在授乳中ですか？ ①はい（ カ月 ） ②いいえ	
8.月経について	
初潮 歳	生理周期：①規則的（ 日型） ②不規則（無月経期間 日）
閉経 歳	
9.乳房検査受診歴について	
超音波検査	ある（ 年 月 日）
	ない
マンモグラフィ	ある（ 年 月 日）
	ない
10.乳房の状態について	
<症状> あり	①しこり ②痛み ③分泌 ④はる感じ ⑤その他
	ない
いつ頃： おおよそ（ 前から）	
どちら： ①右側 ②左側 ③両側	
治療歴： ①治療した ②治療しなかった	
11.豊胸手術	
あり	ない
12.ペースメーカー手術	
あり	ない