

東京曳舟病院 乳腺ドック 問診票

御氏名；

年齢； 歳

身長； . 体重； .

1. 現在何か症状はありますか？ (ない ・ ある → 質問 2へ)
2. その症状について教えてください。 場所 (左乳房 ・ 右乳房 ・ 両側乳房)

3. 豊胸手術を受けた事がありますか？ (ない ・ ある)
4. 生理についてお聞きします。 閉経前； (生理前1週間以内 ・ 生理中 ・ 生理後1週間以内 ・ その他)
閉経後； (自然閉経 ・ 手術あるいは薬物治療により生理がない)

→以前に豊胸手術を受けられた方や生理前の方は、検査結果に影響が出る場合もありますのでご了承下さい。

5. これまでに乳癌検診を受けたことはありますか？ (ない ・ ある → 質問 6へ)
6. 最後の検診 西暦_____年_____月 (異常なし ・ 要精査 → 質問 7へ)
7. 検査の結果 (異常なし ・ 治療した)
8. 以前に乳腺炎・乳腺膿瘍になったことがありますか？ (ない ・ ある → 質問 9へ)
9. 切開排膿しましたか？ (した ・ していない)
10. 以前に上記以外の乳房の病気で治療を受けた事がありますか？ (ない ・ ある → 質問 11へ)
11. その病名を教えてください。 ()
12. これまでに婦人科疾患などで、ホルモン補充療法を受けたことはありますか？ (ない ・ ある)
13. ご家族で 乳癌 になられた方(男性含む)はいますか？
(いない・いる →続柄を教えてください。当てはまる方すべてをお願いします。)
(母 ・ 娘 ・ 姉 ・ 妹 ・ 父方祖母 ・ 母方祖母 ・ 父方叔母 ・ 父方伯母 ・ 母方伯母 ・ 母方叔母)
(父方従姉妹 ・ 母方従姉妹)
(父 ・ 息子 ・ 兄 ・ 弟 ・ 父方祖父 ・ 母方祖父 ・ 父方叔父 ・ 母方叔父 ・ 父方伯父 ・ 母方叔父)
(父方従兄弟 ・ 母方従兄弟)
14. ご家族で 卵巣癌 になられた方はいますか？
(いない ・ いる →続柄を教えてください。当てはまる方すべてをお願いします。)
(母 ・ 娘 ・ 姉 ・ 妹 ・ 父方祖母 ・ 母方祖母 ・ 父方叔母 ・ 父方伯母 ・ 母方伯母 ・ 母方叔母)
(父方従姉妹 ・ 母方従姉妹)