

# 乳腺問診票兼診察票

令和 年 月 日

ID		生年月日	明・大	年	月	日
フリガナ			昭・平・令			
氏名		年齢	歳	性別	男・女	

**問診事項** ※該当するところを☑をつけ必要事項を記入してください。

① 痛み	<input type="checkbox"/> ある( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左	月経との関係	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ない
② しこり	<input type="checkbox"/> ある( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左	いつから	)	<input type="checkbox"/> ない
③ 乳首の変化	<input type="checkbox"/> ある( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左	いつから	)	<input type="checkbox"/> ない
④ 分泌物	<input type="checkbox"/> ある( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左	いつから	)	<input type="checkbox"/> ない
⑤ 乳腺の病気	<input type="checkbox"/> ある(	歳の時	)	<input type="checkbox"/> ない
⑥ 乳房整形術・豊胸術	<input type="checkbox"/> ある(	歳の時	)	<input type="checkbox"/> ない
⑦ 月経について	<input type="checkbox"/> ある(最終	月 日～	月 日 <input type="checkbox"/> 順調・ <input type="checkbox"/> 不順)	
	<input type="checkbox"/> ない( <input type="checkbox"/> 閉経・ <input type="checkbox"/> 婦人科手術・その他(	)		
⑧ 現在妊娠中	<input type="checkbox"/> はい(	カ月)	<input type="checkbox"/> いいえ	
⑨ 現在授乳中	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
⑩ 乳がん検診の経験	<input type="checkbox"/> ある(	月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 保健センター)	<input type="checkbox"/> ない
	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> その他(	)		
⑪ 薬・食物アレルギー	<input type="checkbox"/> ある (内容:	)		<input type="checkbox"/> ない
⑫ 治療歴	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー埋め込み <input type="checkbox"/> VPシャント <input type="checkbox"/> 前胸部静脈ポート留置			

## 診察所見

腫瘍・硬結		
位置	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
深さ	<input type="checkbox"/> 表在 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 深部	
数	<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 多発	
大きさ	cm×	cm
形	<input type="checkbox"/> 球 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 平盤	
ひろがり	<input type="checkbox"/> 限局性 <input type="checkbox"/> びまん性	
境界	<input type="checkbox"/> 鮮明 <input type="checkbox"/> 不鮮明	
表面	<input type="checkbox"/> 平滑 <input type="checkbox"/> 細顆粒状 <input type="checkbox"/> 粗大顆粒状 <input type="checkbox"/> 凸凹不整	
硬度	<input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 弾性硬 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 波動	
可動性		
固定	<input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 胸筋 <input type="checkbox"/> 胸壁	
dimpling	( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - )	皮膚所見 その他
圧痛	( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - )	
自発痛	( <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - )	
リンパ節		
異常分泌	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 漿液性・ <input type="checkbox"/> 血性・ <input type="checkbox"/> 乳・ <input type="checkbox"/> 膿	

医師

# 問 診 票

(1) 下記の病気で治療中又は過去に治療を受けられたことはありますか？

あれば○をつけて下さい。

高血圧症 ・ 腎臓病 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 糖尿病  
前立腺肥大症 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 結核 ・ 血液病  
悪性腫瘍(脳腫瘍・ 癌等) ・ その他手術等( )

(2) 現在服用中のくすりはありますか？

いいえ・ はい ( 当院 ・ 他院 )

他院より頂いたお薬の名前を記入してください。または薬手帳のご提示をお願いします。  
( )

(3) この1ヶ月間に海外へ行かれたか？

いいえ ・ はい ( 場所 )

(4) お薬や食べ物でアレルギーを起こされた事がありますか？

いいえ ・ はい ( )

(5) 希望する診療科または医師はおられますか？

いいえ ・ はい ( )

(6) 飲酒や喫煙はされますか？

いいえ ・ 飲酒 ( ) ・ 喫煙 (1日 本 / 年)

(7) 女性のみ○をつけてください。( 妊娠中 ・ 妊娠の可能性がある ・ 授乳中 ・ 生理中 )

ご記入日 年 月 日 患者名 ( 歳 ) 男 ・ 女

記入者 ( 続柄 )

診 療 申 込 書			受診日 令和 年 月 日	
ふりがな			性 別	旧 姓
氏 名	姓	名	男 ・ 女	
生年月日	M T S H R	年 月 日	年齢	歳
現住所	〒 _____			
	ふりがな 都 道 市 府 県			
連絡先① ( )	-	-	連絡先② ( )	-

病院使用欄 ID
-------------

※連絡先が、本人以外に繋がる場合は、

関係を( )内に記載をお願いします。