

# 【予診票】

\*当てはまるところに○をつけカッコ内にご記入ください

氏名 ( ) 年齢 ( ) 才  
身長 ( ) cm 体重 ( ) kg 職業 ( )

## 1、受診の理由

- ①健康診断目的 ②しこりがある ③集団検診で勧められた  
④他の医療機関で勧められた(紹介状:あり、なし) ⑤その他 ( )

## 2、現在の乳房の状態について

- 【しこり】 ①なし ②あり 部位:( 右、左、両側 )  
いつ発見しましたか:( )  
どのように発見しましたか:( )  
【分泌物】 ①なし ②あり ( 右、左、両側 ) →どのようなものですか(白、透明、血混じり、その他)  
【痛み】 ①なし ②あり ( 右、左、両側 )

## 3、血縁者の中で乳がんの既往について

- ①なし ②あり ( 母、娘、姉、妹、祖母、おば、いとこ )

## 4、血縁者の中で卵巣がんの既往について

- ①なし ②あり ( 母、娘、姉、妹、祖母、おば、いとこ )

## 5、血縁者の中で乳がん以外のがんの既往について

- ①なし ②あり ( ) 例:父:胃がん

6、

7、

## 8、今までの乳腺の病気の既往について

- ①なし ②あり 病名 ( ) 何歳のときですか? ( ) 才  
どのような治療をしましたか?(例:経過観察、手術など)

## 9、既往について

- 1.アレルギー ①なし ②あり 薬剤 ( ) 食物 ( ) その他 ( )  
2.喘息(小児喘息も含む) ①なし ②あり ( ) 才 治療 ( )  
3.糖尿病 ①なし ②あり ( ) 才 治療 ( )  
4.高血圧 ①なし ②あり ( ) 才 治療 ( )

その他の病気 ①なし ②あり ( ) 才 病名 ( ) 治療 ( )  
( ) 才 病名 ( ) 治療 ( )

現在常用している薬はありますか?(薬品名: )

## 10、ホルモン補充療法・更年期障害に対するホルモン補充療法を受けていますか? 受けたことがありますか?

- ①なし ②あり 何歳のときですか? ( ) 才 治療期間 約 ( ) 年

## 11、放射線治療をしたことがありますか?

- ①なし ②あり 何歳のときですか? ( ) 才 照射部位はどこですか? ( )