

【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 乳がん検診歴

今回受診する以前に乳がん検診を受けたことはありますか?①なし ②あり 最終検診時期()

ありの方はその時の結果はどうでしたか? ()

4 月経の状態について

①初潮 () 才 ②閉経 () 才 最近の月経 (月 日 ~ 月 日)

5 妊娠・出産に関すること

①妊娠回数 () 回 ②出産回数 () 回 ③初産年齢 () 才

④現在妊娠の可能性 なし あり () 週 ⑤現在授乳中

6 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) ()

7 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 ()

5.婦人科疾患 ①なし ②あり () 才 病名 () 治療 ()

6.その他の病気について

①なし ②あり () 才 病名 () 治療 ()

() 才 病名 () 治療 ()

7.現在常用している薬はありますか?(薬剤名:)

8.歯科麻酔で気分が悪くなったことか? ①なし ②あり