

# 【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