

乳腺疾患問診票

〔あらかじめ、わかる範囲でお答えください。〕

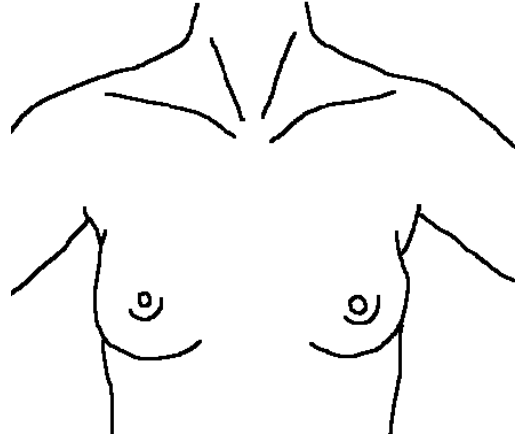
お名前 _____

■ 何が心配で受診されますか？

1. しこり 2. はれ
3. その他 _____

それはどの場所ですか？右の図に記入してください。

それはどのようにして気づかれましたか？



■ 乳房に痛みがありますか？

1. ある 2. ない

その痛みは月経周期と関係がありますか？

1. ある 2. ない

■ 月経の前後で乳房の大きさに変化がありますか？

1. ある 2. ない

■ 乳房の大きさに左右差はありますか？

1. ある 2. ない

■ 現在授乳中ですか？

1. はい 2. いいえ

■ 乳頭から何か出ますか？（授乳中でない方のみ）

1. はい 2. いいえ

■ わきの下にしこりを触れますか？ 1. はい 2. いいえ 3. わからない

■ 今までに乳房（乳癌）の検診を受けたことがありますか？ 1. ある 2. ない

■ 自己検診をされていますか？ 1. している 2. していない 3. 知らない

〔乳腺は女性ホルモンと関連があります。お答えいただける範囲でお書きください。〕

◇ 初めての月経は何歳のときですか？ _____ 歳

◇ 最終月経はいつですか？（月経のある方のみ） _____ 月 _____ 日ごろ

◇ 閉経は何歳のときですか？（月経の終わった方のみ） _____ 歳

〔ありがとうございました。〕 気になることは、診察の際に遠慮なくお話しください。