品川ブレストクリニック

問診票

記入日：　　年　　月　　日　　ID：

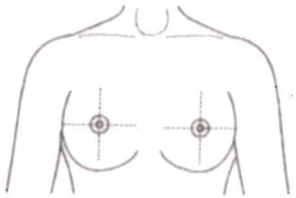
氏名　　様　　歳

① 本日はどのような内容ですか？

（　　）乳がんドック（自覚症状は無いが念のため検査を受けたい方）
（　　）子宮頸がん検診
（　　）健康診断や乳がんドックで要精査、経過観察と指摘された※結果表を受付にご提出下さい。
（　　）他院からの紹介※紹介状や検査データ等ございましたら受付にご提出下さい。
（　　）自覚症状がある

→ 自覚症状がある場合は、具体的にお教え下さい

・乳房の痛み　　ない ・ ある（ 右 ・ 左 ）（ ふだん ・ 生理前 ）
・乳房のしこり　　ない ・ ある（ 右 ・ 左 ）（ いつから　　）
・乳頭からの分泌物　　ない ・ ある（ 右 ・ 左 ）（ いつから　　）
・その他（　　）



右　　左

② 過去に乳腺（乳房）の検査を受けたことはありますか？

ない ・ ある　　（ 最後に受けたのは　　年　　月頃 ）
検査内容　　（ 視触診 ・ マンモグラフィ ・ 超音波 ・ MRI ・ 針生検 ）

③ ★子宮頸がん検診を受ける方のみお答え下さい★過去に子宮頸がん検診（検査）を受けたことはありますか？

ない ・ ある　　（ 最後に受けたのは　　年　　月頃 ）

④ 今までにかかった病気や受けた治療はありますか？

乳腺の病気　：　ない ・ ある（ 乳腺症 ・ 線維腺腫 ・ 葉状腫瘍 ・ 乳管内乳頭腫 ・ 乳腺炎 ・ 乳がん ）
婦人科の病気：　ない ・ ある（ 子宮筋腫 ・ 子宮内膜症 ・ 子宮頸部異形成 ・ 卵巣のう腫 ・ 卵巣腫瘍 ）
内科の病気　：　ない ・ ある（ 気管支喘息 ・ 小児喘息 ・ 咳喘息 ・ 糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 高脂血症 ）
豊胸手術　：　ない ・ ある（ シリコンバッグ ・ 生理食塩水バッグ ・ 脂肪 ・ ヒアルロン酸 ・ その他 ）
体内金属　：　ない ・ ある（ ペースメーカー ・ 脳室-腹腔シャント ・ 整形外科的金属 ）
ホルモン治療：　ない ・ ある（ ホルモン補充療法 ・ピル内服［ 継続中 ・ 一時的 ］・ 不妊治療 ）
その他　：　（　　）

※現在も治療中でお薬手帳をお持ちの方は、診察時に拝見させていただきます

⑤ 血縁者に乳がん・卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

いない ・ いる　　（ 祖母 ・ 母 ・ おば ・ 姉 ・ 妹 ・ いとこ ・ その他 ：　　）

⑥ 月経・閉経について

最近の月経はいつでしたか（　　年　　月　　日 ～ ）/ 閉経　：（　　歳 ）
周期　：　順 ・ 不順　　/　　月経量　：　少ない ・ 普通 ・ 多い

⑦ 妊娠・出産・授乳について

妊娠回数（　　回 ）　そのうち出産（　　回 ）
現在妊娠の可能性はありますか　いいえ ・ はい　　⇒ 現在妊娠　　週
現在授乳中ですか　いいえ ・ はい
断乳されたのはいつですか　（　　年　　月頃 ）

⑧ 薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない ・ ある（ 薬品名・食品名 ：　　）

⑨ 当クリニックを知ったきっかけは？

他院から紹介 ・ 知人から紹介 ・ インターネット ・ 広告 ・ ご近所 ・ その他（　　）