

# ブレストセンター 問診票

他院より持参された資料（含フィルム）がある場合は受付に提出してください。

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

紹介状の有無に関わらず詳しくご記入ください。

乳がん検診は定期的を受けていますか？

いいえ  はい

はいと答えた方頻度は？  1年に1回  2年に1回  数年に1回

最終受診日は？ 年 月

今回異常が発見されたきっかけは？

自己発見  検診（自覚症状あり）  検診（自覚症状なし）  その他（ ）

他院で受けた検査は？

マンモグラフィ  超音波  MRI  細胞診  針生検  その他（ ）

他院で乳がんまたは乳がん疑いと言われましたか？

言われた  言われていない  分からない

これまでの経過を詳しく記載ください（いつから、どこで、どんな検査を受けたかなど）。

## 【既往歴】

今までにかかったことのある病気に☑をつけてください。

冠動脈疾患・心筋梗塞  B型肝炎・C型肝炎・その他慢性肝疾患

脳血管・末梢血管疾患  糖尿病（内服 インスリン）

心不全  高血圧  COPD  膠原病  腎機能障害

乳癌以外の悪性腫瘍・悪性血管疾患・悪性リンパ腫など

（ 歳： ）（ 歳： ）

その他（ ）

アレルギーはありますか？ □無 □有( )
手術は受けたことはありますか？ □無 □有( 歳: ) ( 歳: )
現在内服中の薬はありますか？ 例：高血圧の薬でも結構です。 □無 □有( )
タバコは吸いますか？吸っていましたか？ □無 □有(1日喫煙数 本・年間喫煙・禁煙から 年)
お酒は飲みますか？ □無 □有(量 ・1週間に 回)

【婦人科歴】

月経状況 初経 歳 □閉経前(□順調 □不順 ( 日型) ( 日間)) □閉経 歳
最終月経： 月 日～ 月 日
結婚 □既婚 □未婚(□パートナーがいる □いない) □離婚 □死別
妊娠・出産 □妊娠 回 □出産 回 □妊娠中(予定日： 月 日) □妊娠の可能性あり
授乳歴 □無 □有 □授乳中( ヶ月)
ホルモン補充療法歴 □無 □有(薬剤名 )
これから妊娠・出産を考えていますか？ □はい □いいえ □わからない 当院には妊孕性温存外来があります。妊娠や出産について相談したいですか？ □考えている □考えていない □わからない

【家族歴】

ご家族(両親、兄弟姉妹、息子、娘、祖父母、孫、おじ、おば、甥姪、いとこ、大おじ、大おば、曾祖父母、曾孫)の「がん」の既往歴についてお伺いします。

①ご家族の中で、乳がん(男性乳がん含む)と診断された方はいますか？

□いる □いない □わからない

→いる場合には、あなたとの関係(続柄)、診断された年齢を教えてください。

あなたとの関係(続柄)	診断年齢(ヒダリ・ミギ)
(例) 母	45歳(ヒダリ)、48歳(ミギ)

②ご家族の中で、卵巣がん、すい臓がん、前立腺がんと診断された方はいますか？

いる いない わからない

→いる場合には、あなたとの関係（続柄）、診断名、診断された年齢を教えてください。

あなたとの関係（続柄）	診断名	診断年齢
（例）父	前立腺がん	60歳

③ご家族の中で、上記以外のがんと診断された方はいますか？

いる いない わからない

あなたとの関係（続柄）	診断名	診断年齢
（例）父方おば	子宮体がん	50歳

#### 【職業】

仕事 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している（職種： _____）
雇用形態 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣社員・契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他（ _____）
治療に際して仕事を継続すること・両立することに対する支援相談を希望しますか？ <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない

#### 【その他】

治療が必要になった際に相談できる方はいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（どなたですか？ _____）
病院からの連絡をご家族にお伝えしてもよろしいですか？ <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
当院では学生実習を行っています。学生による問診にご協力をお願いします。 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可