

## 問診票 (乳腺外科)

受診日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 お名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

①本日はどうされましたか？当てはまる項目に○をつけてください。

乳房の痛み 乳房のしこり 乳頭から分泌物が出る 乳房の赤み・腫れ  
乳房疾患の定期検診 その他 ( \_\_\_\_\_ )

②今までに何か病気にかかったり、手術をうけたりしたことはありますか？

乳房疾患 (乳がん 乳房嚢胞 乳腺炎 乳腺症 その他 \_\_\_\_\_ )  
婦人科疾患 (子宮がん 卵巣がん その他 \_\_\_\_\_ ) 糖尿病 喘息  
高血圧 心臓病 脳梗塞・脳出血 肝臓病 腎臓病 甲状腺 自己免疫疾患  
血栓症 てんかん 精神疾患 血液疾患 悪性腫瘍  
手術 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

③現在使用中のお薬はありますか？

なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

④今までに食品・薬品等でアレルギー症状が出たことがありますか？

なし・あり (薬品 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_ )

⑤血縁者 (祖父母・両親・兄弟姉妹) に以下の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？

なし・あり (乳がん 子宮がん 卵巣がん) → ありに○の方は、裏面もご記入ください。

⑥今までに妊娠や出産のご経験はありますか？

なし・あり (妊娠 \_\_\_\_\_ 回 出産 \_\_\_\_\_ 回) ・現在妊娠中 \_\_\_\_\_ 週

⑦今までに乳がん検診を受けたことはありますか？

なし・あり ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月ごろ 結果 異常なし・異常あり)

⑧月経についてお尋ねします。

初潮 (初めての月経) \_\_\_\_\_ 歳ごろ 閉経された方 \_\_\_\_\_ 歳ごろ  
最近の月経はいつごろありましたか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～

医療法人社団 桐光会 調布病院

## 遺伝性乳がん かんたんチェック

以下の質問にお答えください。(出来るだけ詳しくご記入ください。)

母方、父方それぞれの家系について、乳がんの遺伝子があるか確認します。  
質問に一つでも該当する項目があれば、あなたが遺伝性乳がん卵巣がん症候群である可能性は一般より高いと考えられます。

あなた自身を含めたご家族 ※1 の中に、以下の質問で当てはまる方がいらっしゃいますか。  
「はい」の場合は、ご家族関係を( )に記入してください。 例：(母、姉)

※1 家族とは、〈第1度〉両親、兄弟姉妹、子  
〈第2度〉祖父母、孫、叔父叔母、甥姪 を示します。

- ① 50歳未満で乳がんを発症した方がいますか？ 　　いいえ ・ はい ( )
- ② 年齢を問わず、卵巣がん(卵管がん、腹膜がんを含む)の方がいますか？  
　　いいえ ・ はい ( )
- ③ ご家族の中で、お一人の方が時期を問わず 原発乳がん ※2 を2個以上、または両側乳がんを  
発症したことがありますか？ 　　いいえ ・ はい ( )
- ※2 原発乳がんとは、乳腺から発生したがんのこと
- ④ 男性の方で乳がんを発症された方がいますか？ 　　いいえ ・ はい ( )
- ⑤ ご家族の中で、乳がんを発症した方が2名以上いますか？  
　　いいえ ・ はい ( )
- ⑥ トリプルネガティブ ※3 の乳がんを言われた方がいますか？  
　　※3 トリプルネガティブとは、病理検査でわかる乳がんの分類の一つ  
　　いいえ ・ はい ( )
- ⑦ ご家族の中に BRCA ※4 の遺伝子変異が確認された方がいますか？  
　　※4 BRCA とは、がん抑制タンパク質を生成する遺伝子のこと  
　　いいえ ・ はい ( )

ご協力ありがとうございました

医療法人社団桐光会調布病院

(2020.8.1 改訂)