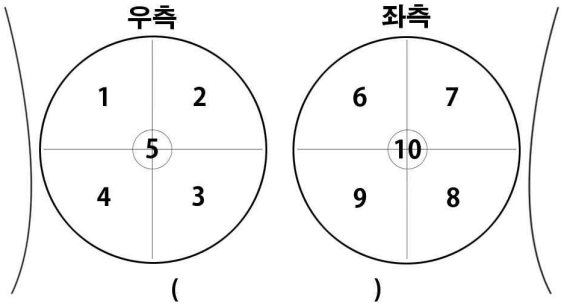
유방촬영 문진표

월/일 : **차트번호:**

성명		주민등록번호		전화 번호	핸드폰	
					자 택	
□건강보험가입자 □의료급여수급권자			E-mail주소			
주소	시(도) 구(시・군) 동(면・리) 번지				우편번호	-

1. 현재 어떤 유방 증상이 있습니까?
 □ 1) 증상 있음 □오른쪽 □왼쪽 □양쪽
  - □만져지는 멍울 □유방통증
   □유즙분비 (□검붉은빛 □우유빛)
   □유두 및 피부 함몰
   □겨드랑이 멍울이나 통증
  - 언제부터였습니까? ( )
 □ 2) 증상 없음



2. 유방 촬영술 또는 유방 초음파 검사를 하신 적이 있습니까?
 □ 1) 예 (□유방촬영술 □유방초음파)
  언제? ( ) 어디서? ( )
  결과 ( )
 □ 2) 아니오
3. 호르몬제(골다공증 예방약)을 복용하신 적이 있거나 현재 복용하고 계십니까?
 □ 1) 예 (년)
 □ 2) 아니오
 □ 3) 복용예정이다
4. 심한 유방염을 앓으신 적이 있으십니까?
 □ 1) 예 □오른쪽 □왼쪽 □양쪽
 □ 2) 아니오
5. 가족 중 유방암 환자가 계십니까?
 □ 1) 예 □할머니 □어머니 □이모 □고모 □자매 □기타( )
 □ 2) 아니오
6. 유방 수술 또는 세포 검사를 하신 적이 있습니까?
 □ 1) 예
  - 검사시기 : 년 전, □오른쪽 □왼쪽
  - 검사과목 : □세포검사 □조직검사 □맘모톰 □부분유방 절제술 □전체유방 절제술
  - 검사결과 : 조직검사결과 □악성 □양성 □유방염 □모름
   유방수술 후 방사선 치료, 항암치료를 받은 적이 있습니까?
   □ 1) 예 □ 2) 아니오
   유방확대수술을 받으신 적이 있습니까?
   □ 1) 예 (□실리콘 □파라핀 □자기조직)
   □ 2) 아니오
   유방축소 수술을 받으신 적이 있습니까?
   □ 1) 예
   □ 2) 아니오
 □ 2) 아니오