

# 乳腺外科問診票

※太枠内は必ずご記入下さい(新患の方・変更のある方は住所・電話番号の記載もお願い致します。)

フリガナ		生年月日	明 大 昭 平		
氏 名			年	月	日
住所	〒	—	携帯番号		
	当院初めての方・前回来院時から変更のある方のみ 住所・電話番号の記載をお願いします			TEL	

1 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹,気分不快など)を起こしたことがありますか。

薬,注射等のアレルギー

いいえ はい …薬剤名: 症状:

食べ物のアレルギー

いいえ はい …食べ物: 症状:

2 いつ頃からどのような症状でお困りですか。

いつ頃からですか \_\_\_\_\_ 頃から

どのような症状ですか

しこりがある (右・左)  乳頭から分泌物が出る (右・左)  
 乳房に痛みがある (右・左)  乳がん検診の再検査 (右・左)  
 乳房が張る (右・左)  その他( )

3 女性の方のみお答え下さい。

月経について  初経( )歳  順  不順  閉経( )歳

妊娠,出産,授乳について

・妊娠中,妊娠の可能性  なし  妊娠中または可能性あり  
・出産経験  なし  あり … 初産( )歳 妊娠( )回 出産( )回  
・授乳中  いいえ  授乳中

4 豊胸術を受けたことがありますか。

いいえ はい(種類: \_\_\_\_\_ 例)ヒアルロン酸,シリコン,脂肪注入,パック)

5 乳がん検診を受けたことがありますか。

いいえ はい … 最後に受診した検査種と、受診した年月をおしえてください。

エコー マンモグラフィ ( \_\_\_\_\_ 年 月)

6 血縁者で乳がんにかかった方がいる方は記入して下さい。

[ 続柄: \_\_\_\_\_ ]

7 現在、内服している薬がある場合は記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察時、医師にお見せ下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

8 現在、他の病院にかかっている方は記入して下さい。

[ 病名: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_ ]

9 今までに大きな病気,ケガ,手術歴などがありましたら記入して下さい。

[ 病名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳 ) ]

10 日常生活について、お答え下さい。

たばこについて 吸わない 吸っていた 吸っている  
本数:1日に( \_\_\_\_\_ )本位 期間:( \_\_\_\_\_ )年間位

アルコールについて 飲まない 時々 毎日  
・お酒の種類( \_\_\_\_\_ )・量 1~2杯 2~3杯 3杯以上

11 <当院が初めての方にお聞きします> 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

知人の紹介 病院の紹介 通りがかり インターネット チラシ広告 看板  
その他( \_\_\_\_\_ )

< \* > 当クリニックでは検査室にお子様を同伴させることが出来ません。

診察・検診中のお子様のお預かりは出来ませんので、モール内の一時預かり施設をご利用下さい。