

乳 腺 外 科 問 診 票

受診日： 年 月 日
診察券をお持ちの方は、※フガナ・氏名の記入と各質問にお答え下さい。

※フガナ		生年月日	明 大 昭 平			
※氏名	男・女		年 月 日 歳			
住 所	〒 -	携帯番号	-	-		
		TEL	-	-		

1.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()

2.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： _____ 〕

3.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： _____ 年齢： _____ 〕

4.血縁者で乳がん又はそれ以外のがんにかかった方がいる方は記入して下さい。

〔 続柄： _____ 〕

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

〔 _____ 〕

6.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 食べ物名： _____ 症状： _____

6. 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 毎日 時々
お酒の種類： _____ 量 1～2杯 2～3杯 3杯以上

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり 授乳中ですか いいえ はい

出産歴はありますか なし あり 初産年齢 _____ 歳

最近の月経(_____ 月 日 より _____ 日間 / 順・不順) 閉経(_____ 歳)

8. 豊胸手術を受けたことがありますか。

いいえ はい

9. 乳ガン健診もしくはマンモグラフィを受けたことがありますか。

はい いいえ

10. (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。

1)知人の紹介 2)病院の紹介 3)通りがかり 4)インターネット 5)チラシ広告 6)看板 7)その他()

外出を希望される方は、受付にてお手続きをお願ひ致します。可能時間 午前診療12:00まで 午後診療17:30まで
お時間までに戻られず、お呼び出しの際にも不在の場合は、診療受付を取り消しとさせていただきます。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願ひます。