

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	男・女		年	月	日 歳		
住 所	〒	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。			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。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> しこりがある(右・左) | <input type="checkbox"/> 乳頭から分泌物が出る(右・左) |
| <input type="checkbox"/> 乳房に痛みがある(右・左) | <input type="checkbox"/> 乳がん検診の再検査(右・左) |
| <input type="checkbox"/> 乳房が張る(右・左) | <input type="checkbox"/> 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(_____)

当クリニックでは診察・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ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。