

問 診 票 (乳腺外科)

(フリガナ)

氏名 _____ (才) 職業 _____

生年月日 S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒

住所 _____ TEL _____

今回診察に来られた理由 あてはまるものをチェックしてください。

- () 乳癌検診
- () お乳にしこりがある (右・左)
いつから ()
- () お乳に痛みがある (右・左)
いつから ()
- () 乳頭から分泌物がある (右・左)
いつから ()
- () 検診で要精査
マンモグラフィ (右・左) エコー (右・左) 触診 (右・左)
- () その他 ()

今までにかかった病気や受けた手術についてお答えください

1. 輸血を受けたことがありますか。 いいえ・はい
2. 薬や注射でジンマシンがでたりショックになったことがありますか。
ない・ある (原因))
3. ぜん息がありますか。 ない・ある
4. 今までに特異な病気をしたことはありますか。
ない・ある (何年前、どんな病気))
5. 手術を受けたことがありますか。
ない・ある (何年前、どんな病気))
6. 他の病気で現在治療を受けていますか。
ない・ある ())
7. 現在飲んでいるお薬 (市販薬やサプリメント含む) がありますか?
ない・ある ())
8. アレルギー体質または特異体質がありますか。
ない・ある ())

裏面もご覧ください。

女性にお聞きします

1. 初めて月経のあった年齢は (才)
2. 閉経した年齢は (才)
3. 一番最近の月経(最終月経)はいつでしたか 月 日～(日間)
4. 結婚されていますか いいえ・はい
5. 現在、妊娠している可能性はありますか いいえ・はい
6. 将来、妊娠を希望されていますか いいえ・はい
7. 妊娠されたことがありますか いいえ・はい (回)
8. 出産されたことがありますか いいえ・はい (回)
9. 現在、授乳中ですか いいえ・はい
10. 豊胸術を受けたことがありますか いいえ・ある(何年前)

次の項目についてお答えください

1. 乳癌検診を受けたことがある
な い・あ る(前回の検診は 年前・エコー・マンモグラフィ)
2. 血縁関係の方に乳癌の方はいますか
な い・あ る(誰が)
3. もしも、がんの診断がついた場合、告知を希望されますか
い い え ・ は い
4. あなた以外に病状説明を聞かれる方はおられますか
い い え ・ は い ()

当クリニックをどのようにお知り頂きましたか？

知人紹介・看板・通りがかり・ポストイン・WEB・Caloo・Google・病院なび

しみずクリニック