

問 診 票 (乳腺外科)

(7/14)

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 (自覚症状なし・自費診療)
() 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()
() 検診で要精密検査と言われた
マンモグラフィ (右・左) エコー (右・左)
() その他()
- 今の症状は、以前にどこかでみてもらいましたか
いいえ ・ はい (どこでいつ頃))

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

- 輸血を受けたことがありますか いいえ ・ はい
- 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
いいえ ・ はい (原因))
- ぜん息がありますか いいえ ・ はい
- 今までに特異な病気をしたことはありますか
いいえ ・ はい (何年前、どんな病気))
- 手術を受けたことがありますか
いいえ ・ はい (何年前、どんな病気))
- 他の病気で現在治療を受けていますか
いいえ ・ はい ())
- 現在飲んでいるお薬 (市販薬やサプリメント含む) はありますか
いいえ ・ はい ())
- アレルギー体質または特異体質がありますか
いいえ ・ はい ())

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・はい (いつ頃)

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りますか
 いいえ ・ はい (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
 いいえ ・ はい (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