

問 診 票 (有本乳腺外科クリニック本町)

受診日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
フリガナ _____ 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生

お名前 _____ 年齢 _____ 才 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住 所 〒 _____

電話番号 (_____) 携帯番号 (_____)

1. すべての方に

- ◎月経 : 初潮 _____ 歳 最近の月経 _____ 月 _____ 日 閉経 _____ 歳
◎結婚 : 未婚・既婚 (_____ 歳) 妊娠回数 (_____) 回 分娩回数 (_____) 回
◎妊娠 : 妊娠の可能性あり 妊娠中 授乳中 可能性なし

2. 乳腺で受診される方に

- ◎自覚症状はありますか? : あり なし
しこり 痛み 乳頭の変形 乳頭からの分泌液(色:無色 白色 黄色 暗赤色)
その他:(_____)
・その症状はいつ頃からありますか? : (_____)
・その症状はどこですか? : 右 左 両側
・その症状は月経と関係がありますか? : あり なし
◎乳がん検診を受けたことはありますか? : あり; 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 なし
・検診方法: 触診 超音波検査 マンモグラフィ検査(乳房X線撮影)
◎乳房の手術を受けたことはありますか? : あり; 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 なし
◎授乳歴: あり なし
◎家族歴: ご家族に乳がんの方はいますか? あり(続柄 _____) なし
◎豊胸術(乳房整形)を受けたことはある? あり なし

3. その他にお伺いしたいこと

- ◎今までに病気や手術の経験はありますか? あり (_____) なし
◎現在治療中の病気や内服薬はありますか? あり (_____) なし
◎アレルギー(喘息・アトピー等)は? あり (_____) なし
◎お薬や食べ物のアレルギーはありますか? あり (_____) なし
◎タバコは吸われますか? : あり (_____ 本 / 日) なし
◎お酒は飲まれますか? : あり (_____ 合 / 日) なし
◎家族で大きな病気の方はおられますか? : あり (_____) なし
◎その他、伝えておきたいこと: (_____)

4. 当クリニックを何でお知りになりましたか?(複数回答可)

- (1)他院紹介 (2)通りがかり (3)インターネット (4)知人(家人)の紹介 (5)口コミサイト
(6)その他 (_____)