

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 前回の生理 月 日から 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 (ヶ月) 授乳中 (ヶ月) 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)

違和感 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 わきの下 乳頭部 その他

・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

◎豊胸術を受けたことはありますか? あり(シリコン その他) 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)インターネット (2)知人(家人)の紹介 (3)口コミサイト (4)通りがかり

(5)他院紹介 () (6)その他 ()