

乳腺外来問診票

年 月 日 記入

この問診票は、治療を受けていただく際の大切な情報となりますので
正確にご記入をお願いいたします。なお、わからないところは空欄の
ままで結構です。

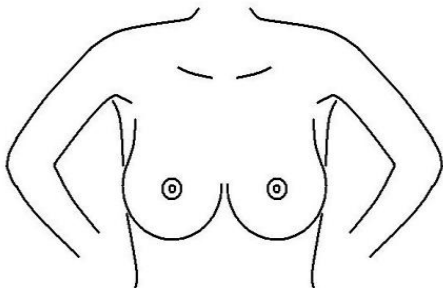
ふりがな		生年月日			
氏名	女・男	T・S・H	年	月	日 (歳)
住所	〒	電話番号			
		自宅 ()			
		携帯 ()			

1. 本日来院された目的をお伺いします。

- 検診
- 他院の検診で精密検査を勧められた (紹介状 有・無)
- 症状があり精密検査を希望
- 過去に症状があり、定期検診のため
- 術後の定期検診

2. 症状のある方に伺います。

- 乳房にしこりがある (右・左)
 - 乳房に痛みがある (右・左)
 - 乳房に変形がある (右・左)
 - わきにしこりがある (右・左)
 - 乳頭から分泌物がある (右・左)
 - 乳頭のまわりに皮膚のただれがある (右・左)
 - その他 ()
- 症状はいつからですか ()



症状のある場所にしるしをいれてください

裏面に続きます

3. 過去に乳がん検診を受けたことがある方に伺います。

いつ頃ですか ()

内容 (視触診 ・ マンモグラフィー ・ エコー検査)

結果は (異常なし ・ 異常あり)

4. 過去にかかった病気や手術

乳腺の病気 (歳) (病名) ()

乳房の手術 (歳) () ()

婦人科の病気 (歳) () ()

その他の病気や手術 () ()

5. 現在治療中の病気、飲んでいるお薬があればお書き下さい。

6. 血縁者に乳がんにかかった方はおられますか。

いない ・ いる (続柄) ()

7. タバコは吸いますか。

いいえ ・ はい (本/日 年間)

8. お酒は飲みますか。

いいえ ・ はい (本/ 毎日 ・ たまに)

9. アレルギーはありますか。

いいえ ・ はい () ()

10. 結婚していますか。

未婚 ・ 既婚

11. 妊娠していますか。

していない ・ 可能性がある ・ している (妊娠 週目)

12. 今後の妊娠希望はありますか。

いいえ ・ はい

13. 過去の妊娠について

妊娠 (回) 出産 (回) 初産年齢 (歳)

授乳歴 (合計 月) (母乳 ・ 人工 ・ 混合)

14. 月経について

月経周期 (日周期 、 順調 ・ 不整)

一番最近の月経 (月 日 ~ 月 日)

初潮 (歳) 閉経 (歳)

15. 職業

会社員 ・ 自営業 ・ 公務員 ・ 主婦 ・ 学生 ・ パート ・ 無職

その他 () ()

16. 当院を受診したきっかけを教えてください。

紹介 () ・ HP ・ 看板

岡本クリニック・アーバンクリニックからの案内 ・ その他 () ()

ご協力ありがとうございました