JIYUGAOKA MIKI BREAST CLINIC
自由が丘 みきブレストクリニック

# 問診票

他院から持参された資料がある場合は受付にお渡しください。

住所　〒

フリガナ

氏名　　職業　　電話番号

生年月日 T・S・H　　年　　月　　日　年齢　　歳

I. 受診の理由をご記入ください。（該当する項目に✔を入れてください）

□検診のため （自覚症状なし）

□異常に気づく　□しこり　：部位　□右　□左　（いつ頃から　　）

□痛み　：部位　□右　□左　（いつ頃から　　）

□乳頭分泌物：部位　□右　□左　（いつ頃から　　）

□他院または検診で異常を指摘された　　□他院で既に乳がんの治療を受けている

内容を記載してください（指摘内容・治療内容・その他医師に伝えたいこと・聞きたいこと）

（　　）

II. 過去の乳房検査歴を教えてください。

前回（20　　年　　月）

□触診　□超音波　□マンモグラフィー　⇒結果　異常（ 無 ・ 有 →（　　））

前々回（20　　年　　月）

□触診　□超音波　□マンモグラフィー　⇒結果　異常（ 無 ・ 有 →（　　））

III. ・授乳中：（無 ・ 有）　・豊胸術：（無 ・ 有）（施術内容　　）

・ペースメーカー：（無・ 有）　・妊娠の可能性：（ 無 ・ 有　　週）

IV. 婦人科歴

月経 ：初潮　　歳　閉経　　歳　出産歴：（ 無 ・ 有　　人）　授乳歴：（ 無 ・ 有　　人）

婦人科疾患：（ 無 ・ 有 ）（病名　　）ホルモン剤使用：（ 無 ・ 有 ）（薬剤名　　）

V. 既往歴: 今までにかかった病気についてご記入ください

（ 無 ・ 有　高血圧・糖尿病・喘息・緑内障・高脂血症・骨粗しょう症・アレルギー　　）

その他（　　）

手術歴：（ 無 ・ 有 ）（年齢・内容　　）

内服薬：現在内服中の薬剤名を記載してください　（例：高血圧の薬）でも結構です

（ 無 ・ 有 ）（薬剤名　　）

VI. 家族歴: 血縁関係の方についてご記入ください

乳がん　：（ 無 ・ 有 ）　人　（続柄・発症年齢　　）

卵巣がん　：（ 無 ・ 有 ）　人　（続柄・発症年齢　　）

その他のがん：（ 無 ・ 有 ）　人（続柄・発症年齢　　）（部位　　）

VII. 当院を知ったきっかけを教えてください。　（ 看板 ・ 知人の紹介 ・ HP ・ 内覧会 ・ チラシ ・ドクターズファイル）