

## 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。  無  有 (下にご記入ください)

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 : 閉経 歳 出産歴 : ( 無 ・ 有 人 )

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 ) ( )

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

( 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 ・ チラシ ・ ドクターズファイル )